PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO
I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH,

ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYR. W PETERSBURGU,
TOW. LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT,
CZASOWO WYDAWANY TAKŻE W ZASTĘPSTWIE „LWOWSKIEGO
TYGODNIKA LEKARSKIEGO", ORGANU TOW. LEKARSKIEGO
LWOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH
KRÓLESTWA POLSKIEGO

REDAKTOR GŁÓWNY:

PROF. DR STANISŁAW CIECHANOWSKI.

TOM LVIII — 1919.

KRAKÓW,
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO
ODBITO W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO.
1919.

SPIS RZECZY

zawartych w tomie LVIII „Przeglądu lekarskiego".

(Liczby oznaczają stronice).

I. Artykuły oryginalne.

II. Oceny i sprawozdania.

III. Życiorysy.

IV. Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw naukowych.

V. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Sprawy Izb lekarskich.

VI. Wiadomości bieżące.

W każdym numerze.

VII. Bibliografia.

Co miesiąc, zawiera tytuły prac oryginalnych, pomieszczanych we wszystkich czasopismach lekarskich polskich.

Alfabetyczny spis rzeczy zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdawczych.

(Liczba pochyła oznacza artykuł oryginalny).

SPIS AUTORÓW.

Do Szanownych Czytelników!

Trudności wydawnicze związane z wojną zniewoliły Komitet redakcyjny do przejściowego przekształcenia Przeglądu Lekarskiego na miesięcznik, wydawany w połowie każdego miesiąca w rozmiarze minimalnym 1 arkusza.

Celem zaspokojenia piekących potrzeb lekarzy praktykujących, postanowiono uruchomić, w granicach możliwości, dział sprawozdawczy.

*Po zupełnem wyczerpaniu funduszu rezerwowego podczas wojny zmuszeni jesteśmy podnieść prenumeratę do wysokości rzeczywistych, obecnie chorobliwie wysokich kosztów wydawnictwa t. j. do K. **60 rocznie i to płatnych rocznie z góry** — przyczem zastrzegamy sobie ewentualną dopłatę w razie zmiany cennika drukarskiego.*

Wobec zasadniczej zmiany warunków prenumeraty poślemy od nowego roku 1920 pismo tym jedynie kolegom, którzy wspomnianemu warunkowi odpowiedzą.

Czem większą będzie liczba prenumeratorów, tem taniej wypadnie oczywiście wydawnictwo, co znajdzie swój wyraz w odpowiedniem rozszerzeniu ram pisma i jego rozwoju. Prosimy więc Szanownego Pana Kolegę o dołożenie cegiełki do odbudowy pisma, które przez lat 58 swego istnienia starało się w miarę możności i wiernie służyć nauce lekarskiej polskiej — i o zachęcenie innych kolegów do poparcia wydawnictwa.

Z koleżeńskiem pozdrowieniem

Administracja
„PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO"
Kraków, Dunajewskiego 2.

Nr 5. Kraków, 10. lutego 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2 Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 50 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LVIII. Kraków, 10 lutego 1919 Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie.
(Dyrektor: Prof. Dr Bronisław Kader).

W sprawie operacyjnego leczenia gruźlicy kręgosłupa.

Podał
Dr Kornel Michejda,
asystent kliniki.

Metody leczenia gruźlicy kości i stawów opierają się na kilku zasadach. Są niemi: usunięcie operacyjne ogniska gruźliczego w kości, albo też odciążenie i unieruchomienie chorej części ustroju, albo wreszcie kombinacya tych trzech czynników. O ile chodzi o gruźlicę kręgosłupa, w szczególności gruźlicę trzonu kręgowego — a tę formę w niniejszej pracy mam na myśli — to pierwsza metoda, t. j. operacyjne usunięcie ogniska gruźliczego, była wprawdzie stosowana (Müller, Kraske, Jasiński i in.), z natury rzeczy nie znalazła jednakże szerszego zastosowania.

Leczenie zaś zachowawcze, polegające na unieruchomieniu i odciążeniu kręgosłupa zapomocą wyciągów i łóżeczek gipsowych, ma tyle niedogodności, jest tak uciążliwe dla chorego, wreszcie wymaga tak sumiennej opieki ze strony personalu pielęgniarskiego, że przeprowadzenie go w domu jest prawie niemożliwe. A że leczenie to rozciąga się na długie miesiące, a nieraz na szereg lat, więc i szpitale niechętnie przyjmują tych chorych do leczenia.

Widoczną jest zatem potrzeba metody, któraby dawała możność stosowania unieruchomienia i odciążenia chorego trzonu kręgowego, skracając równocześnie czas trwania leczenia.

Krokiem naprzód w tym kierunku były zabiegi, polegające na operacyjnem unieruchomieniu wyrostków kolczystych za pomocą związania ich drutem lub jedwabiem (Chipault). Celem bezpośrednim tej metody było niedopuszczenie do wytworzenia się garbu, co jednak nie zawsze się udawało dlatego, że pod wpływem siły, która oddalała wyrostki kolczyste od siebie, drut przecinał je i w żaden sposób nie mógł zabezpieczyć przed zapadnięciem się kręgosłupa i wytworzeniem się garbu.

Dopiero wtedy, gdy do tegosamego celu użyto materyału żywego, jakim jest kość, autoplastycznie przeszczepiona pomiędzy wyrostki kolczyste, uzyskano znacznie korzystniejsze warunki dla zabezpieczenia przed powstawaniem garbu. Zasługa wprowadzenia tej modyfikacyi, która w zupełności wyparła metodę Chipaulta, należy się amerykańskiemu chirurgowi Albéemu i od niego też odmiana ta nosi nazwisko.

Technika operacyi Albéego jest następująca. Cięcie skórne płatowe ponad schorzałą częścią kręgosłupa tak długie, by z cięcia tego można odsłonić 3—5 wyrostków kolczystych, mianowicie wyrostek zmienionego chorobowo kręgu (w pośrodku cięcia) i po 1—2 wyrostki powyżej i 1—2 poniżej chorego kręgu. Z cięcia tego, idącego aż do powięzi, odsłania się następnie wspomnianą część kręgosłupa. Towarzyszy temu zwykle nieznaczne krwawienie, w zwykły sposób łatwo dające się zatamować. Teraz przystępuje się do rozszczepienia wyrostków kolczystych w ten sposób, aby je przedzielić na prawą i lewą symetryczną połowę. Zapomocą dłutka i młotka u dorosłych, a silnego noża u dzieci można, przeciąwszy w ten sam sposób więzadła międzykolcowe, uzyskać rynnę dość przestronną i głęboką, aby do niej można włożyć przeszczepianą kość. Przytem musi się jedną połowę rozszczepionego wyrostka kolczystego nadłamać. Ta część zabiegu wymaga wielkiej uwagi i delikatności, aby nadłamanie przepołowionej części wyrostka wypadło zawsze po jednej tylko stronie. Większego krwotoku nigdy przytem niema. Gdy rynna jest gotowa, zakłada się do rany chustę, płat skórny odwraca się do położenia prawidłowego i tymczasowo (najlepiej kulociągami) przymocowuje się go do sąsiedniej części skóry, poczem przystępuje się do uzyskania materyału kostnego do przeszczepienia. Z grzebienia kości piszczelowej oddłutowuje się odpowiedniej długości listwę kostną, przyczem baczyć należy, by wziąść ją razem z okostną. Grubość tej listwy musi być taka, by wejść mogła wygodnie do przygotowanej poprzednio rynny, listwa nie może być zatem za gruba. I ta część zabiegu wymaga wielkiej ostrożności, aby listwy nie złamać i przedewszystkiem nie pozbawić jej okostnej, co stać się może łatwo przez to, że dłutko ześliznie się, lub że asystent, zbyt silnie wycierający krew z pola operacyjnego, zedrze przytem chustką okostną.

Następuje trzeci akt zabiegu, polegający na dopasowaniu uzyskanej listwy do poprzednio przygotowanej rynny i na umocowaniu jej w tem miejscu za pomocą kilku pojedynczych szwów z cienkiego katgutu, łączących powięź jednej i drugiej strony ponad listwą. Przy wkładaniu listwy zwrócić należy uwagę na to, by powierzchnia jej, przykryta okostną, dotykała okrwawionej powierzchni wyrostków kolczystych. Albée radzi, by okostną jeszcze nacinać, a to z tego powodu, by komórki osteoblastyczne, w przeważnej części zawarte w tej warstwie okostnej, która bezpośrednio przylega do kości, mogły swobodnie bujać. Szew skórny na grzbiecie i na kończynie, z której brano kość, zakończa zabieg, który przy pewnej wprawie nie zajmuje ponad 30 minut czasu.

W nielicznych tylko przypadkach odstępowaliśmy nieco w klinice od tego typu, który podaje Albée. I tak zamiast listwy z kości piszczelowej używaliśmy, zwłaszcza przy garbach nieco silniej zaznaczonych, listew z grzebienia kości biodrowej, co jest o tyle wygodniejsze, że chorego w czasie operacyi nie trzeba przewracać z pozycyi bocznej na grzbiet.

U dzieci wykonywaliśmy zabieg ten stale w uśpieniu ogólnem (chloroform, eter), u dorosłych (od mniej więcej 16 r. życia, zależnie zresztą od budowy ciała) przeważnie, choć nie wyłącznie, w znieczuleniu rdzeniowem (tropakokaina 2%) wedle typu w klinice od wielu lat stosowanego, przyczem środek znieczulający wprowadzaliśmy powyżej lub poniżej chorego miejsca, zależnie od tego, które kręgi były zajęte, czy nizkie, czy wysokie. Nie mieliśmy i na tem polu powodu do zmiany poglądów na ten sposób znieczulenia.

Ogółem operowano w klinice krakowskiej w sposób wyżej podany 28 chorych. Ze względu na to, że chodziło nam o wyrobienie sobie własnego sądu o wartości zabiegu Albéego i ze względu na to, że poza pracami Albéego można w piśmiennictwie znaleść zaledwie bardzo nieliczne wzmianki o tej operacyi, operowaliśmy każdy przypadek gruźlicy trzonu kręgowego, bez względu na wiek, na stan miejscowy i ogólny chorego. Mogliśmy to czynić tem śmielej, że zabieg sam przez się nie może być dla chorego niebezpieczny.

Wiek chorych wahał się od lat 2 do 44. Z tego w wieku od 2—14 lat było chorych 16, reszta, t. j. 12 chorych miało nad 14 lat. Mężczyzn wzgl. chłopców było 18, dziewcząt i kobiet 10.

Pierwszy raz zabieg wykonany został dnia 4. czerwca 1917, zatem najdłuższa obserwacya nasza jest przeszło półtoraroczna.

Wogóle w roku 1917 operowaliśmy 11 chorych, resztę, t. j. 17, w roku 1918.

Nim przejdę do omówienia wyników leczniczych muszę wspomnieć, czego właściwie od omawianego zabiegu możemy się spodziewać. Jak wyżej wspomniano, chodzi nam o odciążenie chorego trzonu i unieruchomienie tego odcinka kręgosłupa, w obrębie którego chory trzon się znajduje.

Z licznych badań różnych autorów (Ollier, Barth, Axhausen, Mayer i w. in.) wiadomo, że kość wszczepiona w podłoże kostne, wgaja się zupełnie dobrze. Ramy niniejszego doniesienia nie pozwalają na szczegółowe omówienie tego bardzo skomplikowanego procesu histologicznego, jaki towarzyszy wgajaniu się wszczepionej kości w nowe podłoże. Na podniesienie zasługuje tylko wybitny przy tem czynny udział wszczepionej okostnej. Odnosi się to szczególnie do tych komórek okostnej, które położone są w najgłębszych jej warstwach, przylegających do kości (Albée, Mayer). Jest to szczegół ważny ze względu na wspomnianą już wyżej konieczność zachowania pewnej ostrożności przy preparowaniu kości wszczepionej.

W naszych przypadkach wgojenie przeszczepionej kości odbywało się zupełnie dobrze. Z 28 przypadków tylko w jednym (Helena W. lat 6, przyjęta 6. I. 1918 l. prot. oper. 14) wgojenie nie nastąpiło, a to z powodu rozległego ropienia przyrannego, wskutek którego musiano w 6 tygodni po operacyi usunąć cały obumarły przeszczepiony kawał kości. Wyniku w tym przypadku nie było, co nie przemawia jednak przeciw operacyi Albéego, tak jak zropienie rany po operacyi przepukliny nie obala racyonalności zabiegu Bassiniego. Nie znaczy to jednak, aby we wszystkich innych przypadkach rany goiły się czysto »per primam«. W jednym przypadku (Wojciech N. l. 2, spondyl. dors. IX, X, XI v., przyjęty 12. XII. 1917, l. prot. op. 355), z dnia 19. XII. 1917) nastąpiło lekkie powierzchowne ropienie w linii szwów, przyczem ropienie nie przeszło w zupełności na przeszczepioną kość. Natomiast w 4 innych przypadkach (1) Agnieszka K., l. 3, spondyl. II v. dors. przyjęta 27. III. 1917, l. prot. op, 158 z dn. 13. VI. 1917; 2) Franciszek L., l. 5, spond. XI. v. d., przyjęty 21. IX. 1917, l. prot. op. 257, z d. 1. X. 1917; 3) Maryan Sz. l. 5, spondyl. IX v. dors., l. prot. op. 262 z d. 2. X. 1917 i 4) Franciszek D., l. 28, spondyl. v. d. VIII et IX, przyjęty 16. VIII 1918, l. prot. op. 355) wytworzyły się przetoki, w głębi których w pewnym okresie zapomocą zgłębnika można było wyczuwać kość w tem miejscu, które odpowiadało przeszczepionej listwie. Niebezpieczne w tym względzie są szczególnie te przypadki, w których istnieje duży garb. Tak było u wszystkich czterech chorych. Niebezpieczeństwo to pochodzi stąd, że na szczycie garbu łatwo powstaje odleżyna i następowe ropienie, tem więcej, że garb pokryty jest płatem skórnym, który, choć na szerokiej szypule, przecież pozbawiony jest szeregu naczyń doprowadzających krew, a tem samem odżywienie i żywotność jego nie może się równać z żywotnością i odżywieniem skóry prawidłowej. Powiększa się ono jeszcze przy stosowaniu po operacyi łóżeczek gipsowych nawet z dużemi oknami w miejscu garbu. Z owych czterech chorych u trzech pierwszych stosowaliśmy łóżeczko gipsowe, jak to zresztą stale robiliśmy w pierwszych naszych przypadkach. Z okresu późniejszego (bez łóżeczek gipsowych) mamy w tej grupie tylko jednego chorego do zapisania (pod l. 4). Pomimo tych na pozór niekorzystnych warunków wgojenie listwy we wszystkich czterech przypadkach nastąpiło dostatecznie. Wydzieliły się tylko bardzo nieznaczne martwaki, wielkości 1—2 cm, grubości milimetrowej, a więc mogące zarówno co do długości, jak i grubości stanowić zaledwie małą część przeszczepionej kości. We wszystkich innych (22) przypadkach wgojenie listwy nastąpiło bez żadnych powikłań. Uwzględniając powyższe dane, dochodzi się do wniosku, że warunki, jakie stwarza operacya Albéego, są dla wgajania się przeszczepianej kości nader dogodne. Nic dziwnego! Wszak anatomiczne stosunki, w jakich odbywa się ta operacya, są jakby wymarzone dla wgajania się przeszczepionej kości. Kość przeszczepiona styka się bowiem w trzech lub pięciu miejscach — i to z dwu stron — z okrwawioną powierzchnią rozszczepionych wyrostków kolczystych. Nadmienić w końcu należy, że z pomiędzy 6 przypadków z ropieniem w jednym (D. pod l. 4) użyto listwy z grzebienia kości biodrowej, w innych 5 użyto do przeszczepienia grzebienia kości piszczelowej, co odpowiada stosunkowi, w jakim brano obie te kości.

Gdy się wgajanie ukończy, wyczuwa się wyrostki kolczyste, jakby były zlutowane, a dotycząca część kręgosłupa jest prawie zupełnie unieruchomiona. Rzecz naturalna, że wobec tego tworzenie się garbu będzie utrudnione, mimo ewentualnego postępowania procesu gruźliczego w trzonie kręgowym. Jeśliby nawet przypuścić, że sprawa gruźlicza w trzonie w rzeczywistości postępuje, to wobec niepostępowania garbu musi nastąpić odciążenie chorej części kręgosłupa. Skądinąd wiemy, jak dodatni wpływ na sprawy gruźlicze w kości wywierają te dwa czynniki: unieruchomienie i odciążenie chorej części ciała. Wszak na nich opiera się ogromna część leczenia t. zw. gruźlicy chirurgicznej!

Wyłania się tu nader ważna sprawa wytrzymałości przeszczepionej kości, względnie tej nowowytworzonej kości, która zajmuje miejsce kości przeszczepionej. Można sobie bowiem wyobrazić, że wskutek nietworzenia się garbu z jednej, a niszczenia przez sprawę gruźliczą trzonu kręgowego z drugiej strony, może nastąpić chwila, w której po całkowitem zniszczeniu trzonu cały ciężar części ciała, położonej ponad zniszczonym kręgiem, spocznie na wyrostkach kolczystych, zlutowanych nowowytworzoną tkanką kostną. Jeśli ta nowa kość jest za słaba, to musi nastąpić złamanie jej ze wszystkiemi znanemi następstwami.

W naszych przypadkach nastąpiło to raz jeden. Izak S. l. 6, przyjęty 5. XI. 1917, l. prot. op. 304 z d. 10. XI. Duży garb, spondyl. v. XII. dors. Ropnia opadowego niema. Silne bóle w kończynach, które utrudniają w znacznej mierze chodzenie. Operacya 10. XI. 1917 (Dr Michejda). Unieruchomiono 4 kręgi, przyczem listwę musiano złamać, aby ją dostosować do garbu. Przebieg gładki. Po operacyi łóżeczko gipsowe, które usunięto 24. XI. z powodu niebezpieczeństwa odleżyny na szczycie garbu. 10 XII. opuścił klinikę w następującym stanie: rana zagojona dokładnie, kostninę wyczuwa się mocno, garb niezmieniony, bóle w kończynach trwają dalej. 10. VI. 1918 chory stawił się w klinice powtórnie. Wyczuwało się wówczas wyraźnie ropień w pachwinie lewej, garb znacznie się powiększył, zajął mianowicie części niższe, zlewając się ze starym garbem w jedną całość. Chorego, który zjawił się wieczorem, zamówiono na dzień następny do zdjęcia Röntgenowskiego i wykonania nakłucia ropnia; jednakże chory więcej do kliniki nie przyszedł.

W analizie tego przypadku nie można pominąć jednego szczegółu, mianowicie, że chory dotknięty był silnym garbem i że przy operacyi nie usunięto garbu, ale listwę przeszczepianą dostosowano przez nadłamanie do istniejących warunków. Do tej sprawy jeszcze musimy wrócić przy omawianiu garbu z uwagi na wskazania do operacyi Albéego. W tem miejscu stwierdzić tylko należy, że o ile chodzi o wytrzymałość zlutowanych wyrostków kolczystych, to będzie ona nieporównanie mniejsza, gdy linia łącząca te wyrostki będzie zgięta przez garb, niż gdyby linia ta była pionową lub tylko nieznacznie od pionu odbiegała. W przypadkach takich nigdy dotychczas nie zauważaliśmy podobnego powikłania mimo dość już długiego czasu, który odbiegł od wykonania zabiegu operacyjnego.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Leczenie surowicami i szczepionkami bakteryjnemi.

Sprawozdanie poglądowe.

Podał Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

(Ciąg dalszy).

2) Cytolizyny (bakteryolizyny, hemolizyny etc.) są to niweczniki (Antikörper), które zdolne są w pewnych warunkach rozpuszczać elementy komórkowe i wytwarzają się w ustroju jako odczyn na wstrzyknięte elementa komórkowe. Zależnie od użytych tworów komórkowych (antygeny) powstają pneumolizyny, nefrolizyny, hepatolizyny i t. d. Pierwsza znana cytolizyna, to bakteryolizyna cholery azyatyckiej, odkryta przez Pfeiffera w r. 1892, gdy surowicę krwi zwierząt, uodpornionych przeciw cholerze azyatyckiej badał na istoty ochronne Behringa. Ponieważ prątki choleryczne na płynnych pożywkach nie wytwarzają dostatecznie silnych toksyn, uodparniał Pfeiffer swoje zwierzęta hodowlami bakteryi ze stałych pożywek i wykazał, że powstały naówczas w surowicy tychże zwierząt uodparnianych niweczniki, które mogły ochronić inne zwierzęta od zakażenia prątkami cholerycznymi, a które nie posiadają własności wiążących, właściwych antytoksynom, lecz działają w ten sposób, że

po wstrzyknięciu odnośnej surowicy leczniczej (pochodzącej od zwierzęcia uodpornionego) następuje u zwierzęcia (które chcemy ochronić) rozpuszczenie i zniszczenie prątków równocześnie lub następowo mu zaszczepionych. Następnie różnią się bakteryolizyny (które się zowią surowicami przeciwbakteryjnemi) od antytoksyn i tem, że nie działają według prawidła wielokrotności; skoro zatem 1 cm sz. surowicy chroni przeciw śmiertelnej dawce żywych lub obumarłych, ale jeszcze trująco działających bakteryi, to 10 cm sz. surowicy nie ochroni od 10 dawek śmiertelnych, lecz potrzeba do tego celu użyć od 1—10 cm sz. surowicy. Natomiast przeciw jeszcze większym ilościom bakteryi surowica zupełnie nie działa. Działanie surowicy bakteryolitycznej, a wogóle cytolitycznej zależy od dwóch czynników składowych (Pfeiffer), jak to i później wykazali Bordet, Ehrlich, Morgenroth, badając własności wszystkich cytolitycznych surowic na hemolizynach. Sprawa ta przedstawia się następująco: Jeśli do surowicy hemolitycznej w próbówce doda się homologicznych krwinek czerwonych (t. j. tych krwinek, przez które zostały wywołane), a więc n. p. do surowicy królika, któremu poprzednio wstrzykiwano krew jagnięcą, doda się krwinek jagnięcia, to krwinki te ulegają w niej rozpuszczeniu, a krew nieprzezroczysta (deckfarben) staje się przezroczystą (lackfarben). Jeśli się powtórzy to doświadczenie po poprzedniem ogrzaniu tej surowicy do 56° C., krwinki jagnięcia nie ulegają już w niej rozpuszczeniu. Skoro natomiast później do tej ogrzanej surowicy doda się najpierw czystej surowicy innego królika zdrowego (którego surowica nie rozpuszcza krwinek jagnięcia), a następnie doda się krwi jagnięcia, to naówczas krwinki jagnięcia znów w niej zostają rozpuszczone. Fakty te wykazują, że działanie hemolitycznej surowicy królika polega na dwóch czynnikach. Jeden z nich (thermostabil) nie przestaje działać pod wpływem ciepłoty 56° C. i stanowi ciało ochronne, wytworzone przez uodparnianie, zwane przez Ehrlicha dwuchwytnikiem (amboceptor). Drugi czynnik, t. zw. dopełniacz (komplement), ulega zniszczeniu przez ciepłotę 56° C. (thermolabil) i znajduje się w każdej normalnej surowicy (przed uodparnianiem). Oba muszą działać równocześnie; sam dopełniacz, jak i sam dwuchwytnik, nie zdoła rozpuścić krwinek czerwonych. Surowica hemolityczna przez ogrzanie staje się nieczynną i dopiero przez dodanie świeżego dopełniacza staje się napowrót czynną i wywołuje hemolizę. Nieczynną staje się też surowica hemolityczna po kilku tygodniach. Surowice nieczynne mogą jednak po wprowadzeniu ich do ustroju zwierzęcia stać się czynnemi wskutek obecności dopełniacza, znajdującego się we krwi każdego zwierzęcia, skoro się z nim połączą; natomiast w probówce nie mają działania rozpuszczającego krwinki czerwone, jeśli nie doda się dopełniacza.

Działanie lecznicze surowic bakteryolitycznych, których głównym przedstawicielem jest surowica tyfusowa i choleryczna, jest dotąd bardzo ograniczone, gdyż zachodzi obawa, że przy zastosowaniu ich u człowieka mogą się wytworzyć przez rozpuszczenie bakteryi jady szkodliwie działające.

3) Surowice bakteryotropiczne (opsoniny-bakteryotropiny). Jeśli się uodparnia zwierzęta przeciw paciorkowcom lub dwoinkom zapalenia płuc, to odpowiednio do prawidła Behringa można ich surowicą ochronić inne zwierzęta od zakażenia. Ciała wytworzone w surowicy uodpornionych zwierząt nie działają ani antytoksycznie ani bakteryolitycznie, co podniósł Denys (w r. 1895), a potem potwierdził Wright i Neufeld. Denys wykazał, iż pod wpływem tych surowic krwinki białe pochłaniają i trawią bakterye, gdy bez stosowania tej surowicy przy zakażeniu paciorkowcami i dwoinkami zapalenia płuc nie występuje pochłanianie tych bakteryi przez krwinki białe, t. j. brak fagocytozy. Jak wiadomo, przez fagocytozę rozumiemy w myśl Miecznikowa zdolność pochłaniania bakteryi przez różne komórki, zwłaszcza przez krwinki białe. Tą właściwością chciał Miecznikow wytłumaczyć wszystkie zjawiska uodparniania. Gdy jednak stwierdzono, że uodparnianie nie zawsze przebiega równolegle z fagocytozą, nie utrzymała się w zupełności teorya Miecznikowa. Dziś przyznają, że w niektórych przypadkach fagocytoza odgrywa niepoślednią rolę, i to w połączeniu z tak zwanemi surowicami bakteryotropicznemi. Wright, który te same ciała znajdował we krwi normalnej i uodpornionej, nazywa je opsoninami, Neufeld zaś zwie je bakteryotropinami i odróżnia od normalnych opsonin Wrighta. Opsoniny Wrighta są wrażliwe na ciepłotę (thermolabil), a bakteryotropiny krwi uodpornionej są odporne na ciepłotę (thermostabil). Według nowszych badań różnice między normalnemi a uodporniającemi opsoninami istnieją i rzecz wymaga dalszego badania. To pewne tylko, że są surowice lecznicze, które nie działają ani antytoksycznie, ani bakteryolitycznie, lecz bakteryotropicznie, t. j. ułatwiają fagocytozę. I surowice bakteryotropiczne nie stosują się do prawidła wielokrotności; odnośne niweczniki są prostej budowy i posiadają zresztą ogólne własności ciał uodparniających.

(Ciąg dalszy nastąpi).

W sprawie zadań lekarzy przy poborach do wojska.

Otrzymujemy następujące uwagi:

Ogłoszono pobór do wojska najmłodszych roczników, a powołani stanąć mają przed komisyą wojskowo-lekarską.

Przed ustaleniem zadań takiej komisyi, powołanej do orzekania, należałoby poczynić pewne uwagi ze stanowiska lekarskiego, a to już teraz z góry, aby uwagi nie nosiły potem na sobie piętna krytyki, oraz dlatego, aby się nie działo to, co za rządów austryackich, że wojskowi lekarze w komisyach poborowych wprawdzie orzekali, ale rozstrzygający głos mieli przedstawiciele wojskowości. Zdarzało się, że lekarz uznał powołanego za niezdolnego do służby, a kierujący w komisyi, rangą wyższy wojskowy, orzekał odmiennie i na odwrót; lekarz się temu poddać musiał, bo mu nie przysługiwało prawo zrzeczenia się odpowiedzialności przez zapisanie swojego zastrzeżenia.

Podobne przypadki nie powinny się zdarzać w państwie polskiem. Rodzice, oddając swoje dzieci do szeregów, mają usprawiedliwione żądanie, aby tylko naukowo osądzono, że ich dzieci są rzeczywiście dosyć odporne do zniesienia trudów wojskowych. A i państwo musi dbać o to w interesie samegoż wojska, aby tylko zdrowi i odporni byli zaciągnięci w szeregi, balast bowiem mniej zdolnych obciąża tylko potem szpitale, a tem samem i skarb państwa bez żadnego pożytku. Naodwrót jest patryotycznym obowiązkiem lekarza dopomódz do wykrycia tych, którzy się chcą od służby uchylić, chociaż do niej są w istocie zdolni. Podkreślić zaś trzeba, że po raz pierwszy stajemy wobec poboru we własnym kraju dla własnego wojska i mamy ocenić zdrowie i zdolność własnych obywateli, że przeto wobec największego skarbu społeczeństwa: życia i zdrowia własnego obywatelstwa największa wskazana jest rozwaga i sumienność. Przy poborze więc takim powinni lekarze orzekać skrupulatnie o zdolności służbowej na podstawie jak najściślejszych badań, uwzględniających wszelkie przedmiotowe dane. Orzeczenie równa się tu bowiem rokowaniu (prognosis), czynności lekarskiej najtrudniejszej i najbardziej odpowiedzialnej.

Ścisłe orzeczenie nie jest zadaniem łatwem. Każdy z nas wie, ile czasu i dokładnej znajomości rzeczy wymaga, aby przy badaniu chorego ocenić jego konstytucyę, by z budowy zewnętrznej i ze zbadania narządów wewnętrznych choć w przybliżeniu ocenić granice ich sprawności.

Dotychczas obowiązujące austryackie przepisy wojskowe są z pewnością niedostateczne.

Może ktoś mieć szeroko zbudowaną klatkę piersiową, dobrze wypuklone okolice nadobojczykowe, a przytem mieć wązką aortę z następowym przerostem serca, lub na odwrót szeroką tętnicę główną (nie miażdżycową), a serce małe, dośrodkowo ustawione (cor pendulum); w jednym i drugim przypadku osobnik taki nie jest zdolny do ciężkich rodzajów służby. Tego nawet najbieglejszy klinicysta, wprawny w ocenianiu każdego szczegółu zewnętrznego, ocenić nie może bez pomocy ściślejszych metod badania (n. p. rentgenoskopii).

W dotychczasowych komisyach miał lekarz — nieraz z zawodu ginekolog lub otyatra — orzekać na pierwszy rzut oka; co najwyżej przyłożył słuchawkę i o ile nie znalazł wybitnego szmeru, uznawał serce za prawidłowe i t. p. Takich faktów z ostatnich poborów wojennych możnaby przytoczyć całe szeregi, co z jednej strony wywoływało żale pobranych na niesprawiedliwe postępowanie, a z drugiej strony obciążało tylko kadry chorymi.

Dziś niema już czasu, aby wydawać nowe, szczegółowe przepisy z rozległemi objaśnieniami, jak ze stosunku obwodu klatki piersiowej do wysokości ciała wnosić można o sprawności ustroju, do jakich chorób serca i płuc usposabia wązka lub długa klatka piersiowa, jakie zmiany w położeniu i czynności trzew brzusznych są wynikiem jednej lub drugiej formy klatki piersiowej i t. p.

Dziś możemy tylko żądać, aby lekarze przy poborach uwzględniali podmiotowe skargi powołanych i żalących się odsyłali do odpowiednich komisyi lekarskich, złożonych z 3 lub 4 wytrawnych klinicystów, którzy, przy zastosowaniu wszelkich metod badania, dopiero orzekać mają, o ile te podmiotowe skargi

są przedmiotowo usprawiedliwione. W ten sposób powołany nabierze przekonania o sprawiedliwem postępowaniu, rodzice zaś przeświadczenia, że ich syn, jako istotnie zdrowy, musi spełnić powinności państwowe, uchroni się wojsko od balastu chorych i niezdatnych, a z drugiej strony wykryje się łatwiej symulantów. Najenergiczniej zaś przeciw temu należy się zastrzedz, aby inny członek komisyi wojskowo-lekarskiej, n i e - l e k a r z, »na własną odpowiedzialność« orzekał o zdrowiu i zdolności do służby powołanego.

Ze statystyk, jakie zebrać można przy poborze, uzyskać można wiele cennych danych, odnośnych do rasy i do sprawy jej poprawienia (eugenika). Dlatego do każdego arkusza poborowego powinien być dołączony ścisły opis pobranego. Projekt wskazówek dla takiej statystyki pozwalam sobie dołączyć, zdając sobie sprawę, że pytania trzeba może w pewnych kierunkach rozszerzyć (lub zmienić. Proponuję mianowicie, aby statystyką objęto rubryki następujące: Wiek. Wysokość w cm. Waga ciała w klg. Obwód klatki piersiowej. Kształt klatki piers. Stosunek jej przekroju poprzecznego na wysokości IV. żebra (diameter transv.) do jej wysokości od górnego otworu (apertura thor. sup.) do nasady przepony (altitudo thoracis). Stosunek przekroju poprzecznego w wysokości górnego otworu do przekroju poprzecznego w wysokości IV. żebra. Objętość serca i szerokość aorty (na zasadzie rentgenoskopii) w liczbach bezwzględnych i względnych (na 100 cm wysokości). Rentgenologiczny obraz serca; czy więcej się wypukla tętnica główna, czy płucna. Czy ostrzejszy drugi ton nad aortą, czy nad t. płucną. Ilość tętna. Ciśnienie w tętnicy ramieniowej (Riva-Rocci). Obraz krwi. Wysokość stłumienia wątroby w linii sutkowej w cm. Położenie i tkliwość nerek. Włosy. Budowa kośćca. Uzębienie. Mięśnie. Części rodne. Inne uwagi.

Ze strony lekarzy wymagać to będzie więcej, niż dotychczas, pracy, ale świadomość sumiennego spełnienia obowiązku wynagrodzi te trudy i usunie brak zaufania do komisyi wojskowo-lekarskiej.

Podczas służby nie może nadal się utrzymywać dawny stosunek lekarza wojskowego do żołnierza; stosunek ten, jak to jeden z wiedeńskich uczonych podczas wojny określił, »zmienił się z roli obrońcy na rolę oskarżyciela«, który we wszystkich skargach, — nawet ciężko chorych —, upatrywał tylko symulacyę. Lekarz zawsze i wszędzie powinien pamiętać o szczytnem swem powołaniu, które nie zna granic kraju ani różnicy stanu.

Żądać przeto należy: 1) aby jedynie lekarz orzekał o zdolności do służby wojskowej powołanego, 2) aby lekarz pytał badanego, czy i jakie ma dolegliwości, skargi uwzględnił i odsyłał do komisyi lekarskiej, złożonej z trzech lub więcej doświadczonych klinicystów, dla ostatecznego zbadania i orzeczenia, 3) aby orzeczenie tej komisyi klinicystów nie mogło być zmienione ani przez komendanta szpitala, ani przez wyższe instancye czysto wojskowe, 4) aby już w komisyi asenterunkowej przeprowadzać pomiary według tu załączonych wskazówek, ze względów statystyczno-naukowych, 5) aby dawny stosunek lekarzy wojskowych do lekarzy cywilnych i do żołnierzy uległ zmianie w duchu nowoczesnym. J.....i.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 19. lutego 1918 o godzinie 6 wieczór w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Porządek dzienny: Prof. Dr L e w k o w i c z: O swoistem leczeniu zapalenia opon nagminnego.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 6. Kraków, 15 lutego 1919 Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH
WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE
LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO
ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO
CZASOPISMO LEKARSKIE
ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.
WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 50 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·– kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Do niniejszego numeru załącza się broszurę p. t. „Obecna organizacya i działalność ministerstwa zdrowia publicznego i opieki społecznej".

Rok LVIII Kraków, 15 lutego 1919 Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

†

DR. M. W. HERMAN

n. profesor chirurgii w Uniwersytecie lwowskim, w 48. roku życia

†

DR. FRANCISZEK KIJEWSKI

profesor chirurgii w Uniwersytecie warszawskim, w 61. roku życia.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie.
(Dyrektor: Prof. Dr Bronisław Kader).

W sprawie operacyjnego leczenia gruźlicy kręgosłupa.

Podał
Dr Kornel Michejda,
asystent kliniki

(Ciąg dalszy).

Stosunki wojenne sprawiły, że nie można było zebrać w tej sprawie własnych doświadczeń na zwierzętach. Powołać się zatem musimy na badania, wykonane w klinice bazylejskiej de Quervaina przez Hoesslyego. Autor ten w jakiś czas po wykonaniu operacyi Albéego na zdrowych psach, zabijał psy, wycinał kręgosłupy, usuwał trzon jednego z kręgów, objętych wszczepioną listwą i tak spreparowane kręgosłupy obciążał ciężarami. Kręgosłup psa wytrzymywał obciążenie, dochodzące do 40 kg. Gdyby stosunki u człowieka były podobne, to wytrzymałość taka powinnaby wystarczyć dla obciążenia, jakie wywiera górny odcinek kręgosłupa. Zresztą także doświadczenia kliniczne różnych autorów, jak Albéego samego, de Quervaina, Hoesslyego, a z polskich Tomaszewskiego, wskazują na to, że wytrzymałość zlutowanych wyrostków kolczystych jest dostateczna.

Przyjmując tedy, że uzyskaliśmy drogą operacyi Albéego unieruchomienie i ustalenie odpowiedniej części kręgosłupa i że to ustalenie będzie dostateczne, a znając skądinąd dodatni wpływ tych czynników na sprawy gruźlicze, spodziewać się możemy, że wyniki operacyi Albéego będą dobre. Z góry stwierdzić należy, że zabieg ten nie leczy doszczętnie, działa bowiem tylko pośrednio, zatem spodziewać się od niego można tylko o tyle więcej, o ile przy operacyi Albéego uzyskuje się lepsze unieruchomienie i ustalenie, niż przy innych sposobach leczenia gruźlicy kręgosłupa.

Odnieśliśmy wrażenie, że na ogół wyniki są znacznie lepsze. Na należytą ocenę wyników operacyjnych nie pozwoliły anormalne stosunki wojenne. Przedewszystkiem nie mogę bowiem załączyć zdjęć rentgenowskich, na których przedmiotowo stwierdzićby się dało cofanie się sprawy gruźliczej w trzonie, boć o to właściwie chodzi. Dodam, że nie dlatego, jakoby takich przypadków nie było, ale dlatego, że aparat, którym rozporządza klinika chirurgiczna, nie stoi na wysokości zadania. Druga przeszkoda leżała w trudnościach komunikacyjnych. W październiku 1918 r. napisaliśmy do wszystkich operowanych chorych listy z prośbą, by stawili się do kontrolnego badania, względnie, by przynajmniej odpowiedzieli pisemnie na zadane pytania co do swego stanu. Jednakże tylko jedna chora przyjechała (p. Marya B.), a jedna chora posłała »przez okazyę« wiadomość, że jest zdrowa i badania nie potrzebuje. Wobec takiego stanu rzeczy wyłączam z oceny wyniku 12 przypadków zagojonych doraźnie, z których tylko jeden powikłany był ropniem opadowym, a garby były przeważnie mało zaznaczone. Są to przypadki, w których początkowy przebieg uprawniał do nadziei, że wynik będzie dobry, gdyż warunki, wśród jakich tych 12 przypadków operowano, były dobre, a nawet bardzo dobre. Przypadki te były jednak stanowczo za krótko obserwowane, aby mogły mieć moc dowodu. Pozostałe 16 przypadków można podzielić na 2 grupy: 1) z wynikiem dobrym, 2) bez wyniku lub nawet z pogorszeniem.

Do grupy 1) z wynikiem dobrym należy chorych 9. Ze względu na stosunki wydawnicze ograniczę się do najkrótszych tylko wyciągów z historyi chorób.

2) Aniela D., l. 5, przyjęta 4. VI. 1917. Rodzice od 6 tygodni zauważają tworzenie się garbu. St. ob. Spondyl. X. v. d. z małym garbem. Ropnia nie wyczuwa się. Op. 8. VI. 1917 (l. prot. 152, oper. prof. Dr Kader). Po operacyi łóżeczko gipsowe. Gojenie doraźne. 14. VIII. usunięto łóżeczko gipsowe, chorej pozwolono na ruchy w łóżku. 20. VIII. wstaje, 26. VIII. chodzi zupełnie dobrze. Wypuszczona do domu. W grudniu 1918, zatem $1^1/_2$ roku po operacyi wiadomość (przez pielęgniarkę kliniczną), że jest »zdrowa«. Chodzi w każdym razie zupełnie dobrze, dolegliwości niema, rozwija się prawidłowo, garb niezmieniony.

3) Agnieszka K., l. 3, przyjęta 27. III. 1917. Spondyl. I et II v. dors. z wyraźnym garbem. Ropnia niema. Dziecko nie chodzi. Operacya 13. VI. 1917 (l. prot. op. 158; op. Dr Michejda). Łóżeczko gipsowe. Odleżyna na szczycie garbu; 26. VII. usunięto z rany mały martwak wielkości 1×0·1 cm. Odleżyna zagojona 11. VIII. Linia szwów zagoiła się doraźnie. Od 12. VIII. chora siada, 30. VIII. chodzi, 11. IX. opuszcza szpital w stanie znacznej poprawy. Wyrostki kolczyste wyczuwa się jakby zlutowane pomiędzy sobą. Garb niezmieniony. Ropnia nie ma.

4) Marya B., l. 28, przyjęta 4. VIII. 1917. Chora od roku

od 2 mies. leży w łóżku z powodu bolów w kręgosłupie i stanu kurczowego w kończynach dolnych. St. ob. Spond. dors. v. VI—VIII. Garb; ropień opadowy w l. pachwinie. Operacya 6. VIII. 1917 w klinice ginekologicznej (op. Dr Hładij), użyto listwy b. cienkiej. Nakłucie ropnia. Leczenie pooper. bez łóżeczka. Ropień 5 razy nakłuwano. Chora po 4 miesiącach wstaje. 25. X. 1918 (14 miesięcy po operacyi): Garb znacznie się zmniejszył, ropnia niema od 5 miesięcy; listwa wgojona doskonale. Chodzi bez żadnych dolegliwości, nawet po 7 km. Czuje się zupełnie zdrową.

5) Jan G., l. 4½, przyjęty 13. IV. 1917. Od 2 mies. chodząc przeginał się w tył, od 14 dni z powodu bolu w plecach przestał wogóle chodzić. St. ob. Spondyl. XII v. dors. bez garbu, ropnia niema. Leczenie: Systematyczna helioterapia od 13. IV. 30. IX. Stan ogólny znacznie się poprawił, dziecko nie chodzi jednak wcale. 1. X. operacya (Dr Michejda, l. prot. 256). Łóżeczko gipsowe aż do 1. XI. Rana zagojona doraźnie. 8. XII. wstaje, 16. I. 1918 opuszcza szpital: chodzi dobrze, bolów niema, garbu niema; ropnia nie wyczuwa się.

6) Stanisław Pl., l. 5, przyjęty 16. IV. 1917. Operowany 2. X. 1917 (Dr Michejda, l. prot. op 261). Spondyl. v. d. III et IV z garbem. Zresztą przypadek zupełnie podobny do poprzedniego.

7) Franciszek L., l. 5, przyjęty 21. IX. 1917. Chory od 3 mies. (od kopnięcia przez drugie dziecko w kręgosłup.). Garb rośnie od tego czasu. St. ob. Spondyl. tbc. z garbem w zakresie X—XII v. d. Operacya 2. X. (Dr Jaworski, l. prot. op. 257). Łóżeczko gipsowe z oknem. Odleżyna na szczycie garbu. 2. XI. usunięto łóżeczko. Po usunięciu drobnych martwaków z miejsca, odpowiadającego odleżynie, 1. XII. rana zagoiła się, blizna ruchoma ponad wyrostkami kolczystymi. Od 2. I. chodzi. Opuszcza szpital w stanie znacznej poprawy dnia 30. XII. 1917.

8) Tadeusz S., l. 31, urzędnik bankowy, przyjęty 8. XI. 1917. Chory od 3 lat, leczył się b. skrupulatnie ze znaczną poprawą. W sierpniu 1917 wzięty do wojska, jako »zdolny do służby frontowej«, po forsownych ćwiczeniach pogorszenie: bóle w krzyżach i kończynach dolnych. St. ob. Spondyl. tbc III v. lumb. z nieznacznem wystawaniem wyrostka kolczystego tego kręgu. Odruchy na kończ. dolnych żywe. Ropnia nie wyczuwa się. Operacya w znieczuleniu rdzeniowem 10. XI. 1917 (Dr Hładij, l. prot. op. 303). Rana goi się doraźnie. Z końcem listopada zauważono nad lewem więzadłem pachwinowem tworzenie się ropnia, który nakłuto 3. XII. Od tego czasu do 5. V. 1918 ropień nie powtórzył się. 5. V. badany w klinice: wystawanie kręgu prawie niewidoczne, ropnia nie wyczuwa się, bóle w krzyżach i kończynach ustąpiły, chory pracuje w biurze.

9) Karol M., l. 8, przyj. 11. IV. 1918. Od 2 miesięcy garb. St. ob. Spondyl. tbc VIII et IX v. d. Operacya 24. IV. (Dr Kubisz, l. prot. op. 157 ex 1918). Gojenie doraźne. G a r b n i e c o s i ę z m n i e j s z y ł. 5. IV. chodzi b. dobrze, dolegliwości niema żadnych, opuszcza szpital.

10) Franciszek D., l. 28, przyjęty 13. VII. 1918. Od początku 1918 zauważa tworzenie się garbu. St. ob. Spondyl. tbc v. d. VIII et IX, oba kręgi tworzą dość wyraźnie zaznaczony garb. Ropnia niema. Operacya 16. VIII. (znieczul. rdzeniowe 0.10 tropakokainy, op. Dr Mostowska, l. prot. op. 355). Użyto listwy wziętej z kości biodrowej i unieruchomiono 5 kręgów. Przebieg powikłany ropieniem około 3 szwów i odleżyną, która wytworzyła się na szczycie garbu. Szwy zropiałe usunięto zawczasu. 7. XI. usunięto z miejsca, w którem znajdowała się odleżyna, martwak wielkości 5×2 mm. 12. XII. chory opuścił klinikę w stanie następującym: Rana zagojona. Garb niezmieniony, kostnina mocna. Podmiotowo chory czuje się znacznie silniejszym, chodzi dobrze, ż a d n y c h bolów nie ma, może się bez żadnych trudności zginać, czego dawniej z powodu bólów nie mógł czynić.

Jako czynniki, składające się w powyższych przypadkach na »wynik dobry«, podnieść należy: ustępowanie objawów podmiotowych, jak bólów w krzyżach i kończynach, poprawa — w kilku przypadkach wybitna — w chodzeniu, brak nawrotów ropni opadowych, w dwóch przypadkach zmniejszenie się garbu, a wreszcie w jednym przypadku ustąpienie rozpoczynających się objawów ze strony układu nerwowego. Kto miał sposobność leczyć przypadki gruźlicy kręgosłupa sposobem zachowawczym, ten przyzna, że w tak krótkim czasie, jak u powyższych chorych, nie otrzymuje się sposobem zachowawczym podobnych wyników.

A teraz przypadki z grupy 2) (bez wyniku lub nawet z pogorszeniem):

11) Rosława Sz., l. 4. Chora od marca 1917. St. ob. Spond. tbc v. dors. XII. Operacya 30. VII. 1917 (prof. Dr Kader, l. pr. op. 186). Gojenie doraźne. Łóżeczko gipsowe na 3 tygodnie. Wypuszczona 19. VIII. 1917 leżąc, po miesiącu wróciła z gruźliczem zapaleniem stawu biodrowego prawego. Nie chodzi. Po dwukrotnej zmianie gipsu z powodu zmian w stawie biodrowym usunęła się z obserwacyi.

12) Włodzimierz O., l. 32, nauczyciel. Przyjęty 4. IX. 1917. Chory od 1904 na sprawę szczytową. Od 1910 bóle w krzyżach. W 1916 guzy w obu pachwinach, nakłuwane poza kliniką, nawroty. 4. VII. 1917 guz po stronie prawej pękł. Od 8. VII. leży. St. ob. Wyraźne zmiany w obu szczytach, ciepłota waha się między 37° rano a 39° wieczór. Spondyl. tbc v. d. IX et X bez garbu. Otwarty ropień zimny na prawem udzie pod więz. pachwinowem, wtórnie zakażony. Operacya 27. IX. w znieczuleniu rdzeniowem (Dr Hładij, l. prot. op. 250). Gojenie doraźne. Brak jednak wszelkiej poprawy. 12. XI. ognisko świeże w lewym szczycie i wysięk surowiczy po stronie lewej, opróżniony tego dnia przez nakłucie. 20. XII. wysłany do Zakopanego bez żadnej poprawy zarówno w stanie ogólnym, jak miejscowym.

13) Maryan Sz., l. 5, przyjęty 10. IX. 1917. Od 3 mies. chory, bóle w krzyżach, męczenie się przy chodzeniu. St. ob. Bardzo blady i licho odżywiony. Spond. tbc IX i X v. d. z dużym garbem. Ropnia niema. Operacya 2. X. 1917 (Dr Jaworski, l. pr. op. 262). Łóżeczko gipsowe. Odleżyna na szczycie garbu. 15. X. łóżeczko usunięto. 30. XII. Zagojenie, blizny nieruchome, drobne martwaki usunięto w czasie leczenia. N i e c h o d z i z powodu bolów w krzyżach i kończynach.

14) Izak S., przytoczony powyżej.

15) Helena W., l. 6, przytoczona powyżej (rozległe ropienie przyranne, z obumarciem wszczepionej kości).

16) Amonini N., l. 26, żołnierz włoski, przyj. 1. III. 1918. Obciążony dziedzicznie w kierunku tbc. Przed rokiem wysięk opłucny. Od 2 miesięcy zesztywnienie karku, bóle w l. kończ. górnej, bóle i zawroty głowy. St. ob. Zmiany szczytowe wybitne. Malum Rusti. 23. III. operacya (Dr Hładij, l. prot. 113), zmodyfikowana ze względu na siedzibę zmian. W przebiegu pooperacyjnym rozwinęły się zmiany gruźlicze 4. żebra prawego i ropień pozagardłowy, który wielokrotnie nakłuciem opróżniano. 25. IV. Wśród objawów krwotoku płucnego zejście śmiertelne. Sekcya wykazała nadżarcie tętnicy kręgowej przez opuszczający się w tym kierunku ropień. Preparat przechowano do badania w późniejszym czasie.

17) Michał L., lat 24, przyjęty 27. V. 1918. Chory od 1916 (bóle w krzyżach — uważany za symulanta!). Od 8 mies. porażenie obydwu kończyn dolnych. St. pr. Spondyl. III i IV v. d. bez garbu. Porażenie ruchowe obydwu kończyn. 1. VI. operacya (Dr Hładij, l. pr. op. 222). Gojenie doraźne. Od 7. dnia po operacyi zaczęły się zjawiać ruchy w zakresie kończyn dolnych, jednakże do wybitniejszej poprawy nie przyszło. 19. VII. Śmierć z powodu gruźliczego zapalenia opon.

Z powyższych 7 przypadków jeden tylko przed operacyą był »czysty«, t. j. niepowikłany gruźlicą innych narządów (przypadek pod l. 15). Tu wina niepowodzenia leżała w ropieniu w ranie operacyjnej. We wszystkich innych przypadkach była gruźlica kręgosłupa powikłana innemi sprawami. Raz jeden wkrótce po operacyi zjawiło się gruźlicze zapalenie stawu biodrowego, w innych przypadkach chodziło o bardzo lichy stan ogólny, gruźlicę płuc lub innych narządów, bardzo silny garb, ropnie opadowe, wtórnie zakażone, porażenia i t. p.

Wyniki powyższe dają podstawę do wniosków co do wskazań i przeciwwskazań do zabiegu Albeégo.

Zabieg ten jest wskazany przedewszystkiem w tak zwanych przypadkach czystych, zatem niepowikłanych ani garbem, ani ropniem opadowym, ani wreszcie porażeniami. Będą to zatem przypadki świeże, w których sprawa gruźlicza jest dopiero w początkach rozwoju. Takich spotyka się jednak w naszych stosunkach mniej, niż przypadków powikłanych.

Dlatego praktycznie ważniejsze jest pytanie, o ile najczęściej spotykane powikłania, więc garb, ropień opadowy, porażenia, gruźlica innych narządów, stają się przeciwwskazaniem do leczenia metodą Albeégo.

Co do ropni opadowych, to przypadki czwarty i ósmy są tak wymowne, że na ich podstawie śmiało można wygłosić twierdzenie: R o p i e ń o p a d o w y, zamknięty, a więc wtórnie niezakażony, daje wyraźne wskazanie do operacyi Albeégo. W jedynym przypadku ropnia wtórnie zakażonego, jaki spostrzegaliśmy, było tyle jeszcze innych powikłań, że trudno orzec, które z nich najbardziej przyczyniło się do niepowodzenia (przyp. 12).

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Leczenie surowicami i szczepionkami bakteryjnemi.

Sprawozdanie poglądowe.

Podał Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

(Ciąg dalszy).

4) Aglutyniny. Jeśli zwierzętom wstrzykuje się zawiesinę komórek lub ich wyciąg wodny, to w ich krwi oprócz cytolizyn wytwarzają się niezależnie inne ciała t. zw. aglutyniny; posiadają one zdolność skupiania i zlepiania komórek użytych jako antygen, po wprowadzeniu ich do tej surowicy mniej lub więcej rozcieńczonej. Aglutyniny odkrył Gruber i Durham w r. 1896. Wkrótce zauważył Widal, że aglutyniny występują we krwi chorych bardzo wcześnie i dlatego nadają się bardzo dobrze dla celów rozpoznawczych. Gruber i Widal podają też odnośny odczyn, który polega na tem, że choremu podejrzanemu, n. p. co do duru brzusznego, upuszcza się nieco krwi i wprowadza następnie do tej rozpuszczonej w różnym stopniu surowicy żywe prątki durowe. Jeśli naówczas przy pewnem rozcieńczeniu surowicy wystąpi w niej aglutynacya tychże prątków, przemawia to w danym przypadku za durem brzusznym. Odczyn Gruber-Widala jest bardzo dzielnym środkiem rozpoznawczym, bo aglutyniny działają ściśle swoiście z tem tylko ograniczeniem, że surowica aglutynująca działa o wiele silniej przeciw pokrewnym gatunkom bakteryi, niż przeciw zupełnie obcym bakteryom. Tak surowica tyfusowa aglutynuje prątka paratyfusu nieco silniej, niż prątka czerwonki. Ponieważ aglutyniny działają nietylko na żyjące, ale i na obumarłe bakterye, przeto do odczynu Widala można użyć obumarłych hodowli (bardzo ważne dla lekarza praktycznego, bo zupełnie nie niebezpieczne). Jest to »Typhusdiagnosticum Fickera«. Analogicznie »diagnostica« bakteryi czerwonki, paratyfusu i prątka okrężnicy są też bardzo używane. I surowica normalna aglutynuje, ale w małem zagęszczeniu tak, że jej miano (titer), t. j. jeszcze działające rozcieńczenie, rzadko przenosi $^1/_{50}$, natomiast miano surowicy uodparniającej tyfusowej może dosięgać $^1/_{1000000}$, a rozpoznanie duru brzusznego wtedy można uczynić, skoro surowica aglutynuje $^1/_{200}$.

Naodwrót aglutyniny surowicy doświadczalnie wytworzonej oddają dobrą usługę, gdy chodzi o oznaczenie i rozstrzygnięcie wątpliwej hodowli bakteryi. Jeśli n. p. wyhodowano z podejrzanej wody prątki, podobne do tyfusowych i po wprowadzeniu ich do surowicy tyfusowej następuje wybitna aglutynacya, to nie ulega wątpliwości, iż są one zarazkiem tyfusowym. Tego rodzaju surowice dla celów rozpoznawczych są nieodzowne dla potrzeb każdego laboratoryum bakteryologicznego i według wskazówek Jacobstala znajdują się w handlu wysuszone na papierze w bardzo małych dawkach.

5) Precypityny. Jeśli zwierzęciu kilkakrotnie wstrzykniemy rozpuszczone istoty białkowate dowolnego pochodzenia, n. p. wyciągi bakteryi, cieczy, tkanek zwierzęcych lub roślinnych, to powstają w surowicy krwi tegoż zwierzęcia ciała zwane precypitynami (Kraus), które wobec odpowiednio użytego wywoływacza (antygenu) powodują zrazu zaledwie dostrzegalne zmętnienie, a wkrótce potem wybitny osad. Zjawisko to polega na tem, iż precypityny łączą się z tak zwanym precypitynogenem, zawartym w wywoływaczu (antygenie) na strąt (precypitat). Strąt zależnie od ilości wytworzonej precypityny w surowicy swoistej i zależnie od zagęszczenia wywoływacza (antygenu), użytego do odczynu, jest różnego stopnia, począwszy od obłoczkowatego, zaledwie spostrzegalnego zmętnienia aż do silnego osadu. Precypityny ze względu na powstawanie i działanie są bardzo zbliżone do aglutynin, gdyż mogą być również wywołane u zwierząt przez poprzednie wstrzykiwanie bakteryi, podobnie jak naodwrót aglutyniny mogą być wywołane przez poprzednie wstrzykiwanie zwierzętom czystych rozczynów białek bakteryi.

Prawdopodobnie nastaje równocześnie z każdą aglutynacyą najpierw precypitacya, gdyż nie można zrobić żadnej zawiesiny bakteryi, aby z ciał bakteryi białko nie przedostało się w bardzo krótkim czasie do otaczającego środowiska. Dotychczas musimy odróżniać aglutyniny od precypityn, gdyż istnieją surowice, które precypitują, a nie aglutynują, i naodwrót.

Precypityny nie mają znaczenia leczniczego, lecz odgrywają ważną rolę rozpoznawczą. Wykazują to prace Uhlenhutha i Wassermanna. Jeśli wytworzy się u królika przez wstrzykiwanie surowicy ludzkiej, surowicę królika strącającą białko ludzkie, to zyskujemy bardzo czuły odczynnik na białko ludzkie. Jeśli doda się 0·1 cm sz. tej surowicy do 2 cm sz. roczczynu białka ludzkiego, to powstaje strąt, natomiast niema strątu wobec innych białek zwierzęcych i roślinnych. W ten sposób po raz pierwszy znaleziono środek, aby rozróżnić białko ludzkie od innych białek, co w medycynie sądowej ma bardzo doniosłe znaczenie w przypadkach odróżnienia krwi ludzkiej od zwierzęcej. Ten odczyn można wykonać i małymi śladami krwi, które zaschły na sukniach lub innych przedmiotach, nawet po wielu latach. I przy precypitynach odczyn jest czysto swoisty; atoli przy bardzo spokrewnionych białkach jest silniejszy, niż przy obcych gatunkach. I tak surowica, nastawiona na białko ludzkie, strąca białko orangutana silniej, niż wszystkie inne białka. Ma to jednak dla celów sądowych małe znaczenie i pomyłki dają się w ten sposób uniknąć, że używa się surowicy z małp, którym poprzednio wstrzykiwano białko ludzkie, ale nie małpie. Wreszcie precypityny umożliwiły rozróżnianie z największą pewnością różnych gatunków mięsa. Tak n. p. można zapomocą surowicy królika, strącającej białko końskie, łatwo stwierdzić zafałszowanie kiełbasy mięsem końskiem i t. d.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Magistrat m. Krakowa prosi nas o ogłoszenie, że wszyscy lekarze w Krakowie, którzy się dotąd nie zgłosili do Urzędu zdrowia (Poselska 12, od 12—1 w poł.), mają tam zgłosić się z metryką i dyplomem lekarskim najdalej do 28. lutego b. r., co dotyczy także lekarzy wojskowych, o ile zajmują się praktyką prywatną. O każdej zmianie adresu należy zawiadamiać Miejski Urząd zdrowia.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Antoni Nasiłowski, rodem z Niecieczy w Siedleckiem.

— Dur plamisty, szerzący się coraz groźniej w Krakowie, sprawił, że nareszcie zwołano posiedzenie miejskiej komisyi sanitarnej, którą wbrew wyraźnym przepisom w ostatnich latach zwoływano w zupełnie dowolnych, nieraz bardzo odległych terminach. Wobec przepełnienia oddziałów zakaźnych szpitalnych chorymi na dur plamisty mogła być dla komisyi sanitarnej bardzo przydatna opinia przedstawicieli szpitalnictwa, — jednakże, o ile słyszeliśmy, nie wezwano na posiedzenie komisyi żadnego z lekarzy szpitalnych.

Warszawa. Dzienniki doniosły pod d. 10. II. b. r., że Rada ministrów przyjęła »Zasadniczą ustawę sanitarną dla państwa polskiego«, przedstawioną przez Ministra zdrowia Dr Janiszewskiego. Z tej wzmianki dziennikarskiej nie można dojść, czy chodzi tu o projekta uchwalone przez Radę lekarską, czy też o nowy, nieznany dotąd i kolegialnie nie rozstrząsany projekt.

— W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem zostali wybrani na r. 1919: prezesem Dr Maryan Jakowski, wiceprezesem Dr Stanisław Orłowski, sekretarzem Dr Podkóliński, a jego pomocnikiem Dr Jonscher.

Zmarli: Dr Kazimierz Podlewski w 61 r. ż. we Lwowie, Dr Wilenko, lekarz legionów w Karlsbadzie, w 40 r. ż., Dr Otto Hewelke, wieloletni redaktor »Kroniki lekarskiej«, autor licznych prac naukowych, w Warszawie.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

L. 275. Nowy Sącz, dnia 25. stycznia 1919.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Wydział powiatowy w Nowym Sączu rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Łącku.

Okręg sanitarny w Łącku obejmuje następujące miejscowości (Gminy i Obszary dworskie) Czarny potok, Czerniec, Jazowsko, Kadcza, Kicznia, Łącko z Łączkami, Maszkowice, Obidza, Olszana, Olszanka, Rogi, Szczeraż, Wola Kosnowa, Wola Piskulina, Zaorzeż, Zegorzyn, Zarzecze i Brzyna.

Do posady przywiązana jest płaca roczna 1400 K i ryczałt na objazdy 800 K podniesiony reskryptem Wydziału krajowego z 28. IX. 1918. L. 82367 o 50%, wynoszący zatem łącznie z tą podwyżką 1200 K rocznie.

Ponadto przysługa lekarzowi okręgowemu prawo do poboru czasowego dodatku wojennego po 100 K miesięcznie.

Posada powyższa połączona jest z prawem do emerytury w granicach postanowień ustawy z dnia 12. V. 1899. Nr 68. Dz. u. kr.

Chcący uzyskać tę posadę mają wykazać prócz dostatecznego fizycznego uzdolnienia nadto następujące warunki:

1) Obywatelstwo polskie.
2) Dyplom doktora medycyny upoważniający do praktyki lekarskiej.
3) Nieskazitelny charakter.
4) Znajomość języka polskiego. 246
5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.
6) Nieprzekraczalny wiek 40 lat.

Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się 2-letnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego lub egzaminem fizykackim.

Posada powyższa nadana zostanie prowizorycznie na rok jeden, potem nastąpić może stabilizacya.

Zauważa się, że ludność w okręgu sanitarnym jest zamożna i przyzwyczajona do korzystania z pomocy lekarskiej — a lekarz okręgowy w braku drugiego lekarza w okolicy, może liczyć na rozległą praktykę.

Podania wnosić należy do Wydziału powiatowego w Nowym Sączu w nieprzekraczalnym terminie do końca lutego 1919.

Sekretarz: Kobak, w. r. Prezes Rady powiatowej: A. Studnicki, w. r.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 7. Kraków, 22. lutego 1919. Rok LVIII.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 50 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: Redaktor główny. Członkowie: prof. dr Krzyształowicz, prezes Tow. lek. krak.; Dr W. Damski, wiceprezes Tow. lek. krak. dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr K. W. Majewski, prof dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVIII. Kraków, 22. lutego 1919. Nr. 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie.
(Dyrektor: Prof. Dr Bronisław Kader).

W sprawie operacyjnego leczenia gruźlicy kręgosłupa.

Podał
Dr Kornel Michejda,
asystent kliniki

(Dokończenie).

Inne zupełnie znaczenie ma garb. Albée w swojej pracy, wymienionej w spisie pod 2), podaje że »jedną z najbardziej uderzających zalet tej metody leczenia jest wyraźne cofanie się garbu, występujące w czasie operacyi, albo kilka dni później wskutek rozciągającego działania listwy kostnej«. Myśmy tylko dwa razy zauważyli cofnięcie się garbu u chorych 4. i 9. W innych przypadkach nigdy czegoś podobnego nie zauważyliśmy. Trudno byłoby sobie zresztą wyobrazić, co za siła mogłaby powodować taki skutek. Tęsamą wątpliwość wyraża także Vogel. Nie zdaje nam się zatem, aby operacya Albéego była wskazana, jako metoda do usunięcia garbu, za jaką ją chce uważać Albée. Mogłaby ona to uzyskać tylko w dwóch przypadkach: 1) gdyby w czasie późniejszym nastąpiło kurczenie się listwy wzgl. tej kości, która zajęła jej miejsce, albo też, 2) gdyby u dzieci ta masa kostna nie rosła, a równocześnie rósł cały ustrój. Wtedy wytworzyłby się w danem miejscu niestosunek, który musiałby wywołać znaczne skrzywienie kręgosłupa ku przodowi (lordosis). Na naszym materyale dziecięcym tego zjawiska nie zauważaliśmy zupełnie, ani też w piśmiennictwie takich spostrzeżeń niema. Z teoretycznego punktu widzenia nie należy się czegoś podobnego obawiać z tego powodu, że przecież przeszczepiona listwa zostaje zastąpiona przez kość nową, która wyszła w małej tylko części z kości przeszczepianej, a w przeważnej z macierzystego łożyska. Jest to w każdym razie nie martwa substancya, jak drut lub jedwab przy metodzie Chipaulta, ale substancya żywa, o której niema powodu przypuszczać, że utraciła jedną z pierwszorzędnych własności żywego ciała, t. j. zdolność do wzrostu. Gdyby bowiem było inaczej, wówczas wogóle metoda Albéego byłaby u dzieci niedozwoloną.

Wracając do garbu, stwierdzić jednak należy, co następuje: Duże garby stwarzają przy operacyi Albéego niebezpieczeństwo powstawania odleżyny na szczycie garbu. Powody tego są jasne, podałem je powyżej. Drugiem niebezpieczeństwem jest załamanie się wszczepionej listwy przy obciążeniu, o czem również, omawiając przypadek 1), wspomniałem. Z uwagi na te niebezpieczeństwa przyjąć należy, że duży garb nie jest wprawdzie przeciwwskazaniem do operacyi Albéego, wymaga jednak wszczepiania długiej listwy, szczególnej pieczołowitości w leczeniu pooperacyjnem z uwagi na niebezpieczeństwo odleżyny, wzgl. załamania się listwy, albo też zmodyfikowania metody Albéego po myśli propozycyi Vogla, t. zn. uzupełnienia operacyi Albéego (w przypadkach powikłanych dużym garbem) zabiegiem, któryby mógł naprzód garb usunąć, a potem wykonać przeszczepienie kości. W jaki sposób to wykonać, przy przez resekcyę łuków, jak to czynił Vogel, czy przez usunięcie najbardziej wystającego wyrostka kolczystego, jak to w jednym przypadku (Jan F., l. 21, o. p. 9. X. 1918 l. prot. op. 452) uczyniono u nas w klinice, czy wreszcie przez zastosowanie przed operacyą znanych oddawna metod wyprostowania (redresyi) forsownego lub powolnego, to jest sprawa, której rozstrzygnięcie wymagać będzie dalszych badań i doświadczeń.

Przypadków z objawami ze strony układu nerwowego mieliśmy tylko 2 (4 i 17). Wynika z nich, że operacya Albéego może wywrzeć wybitnie dodatni wpływ na to powikłanie. Jednakże materyał nasz jest za mały, aby można z niego wyciągać ogólne wnioski.

Na zakończenie jeszcze kilka słów o leczeniu pooperacyjnem. W początkach kładliśmy chorego po operacyi do łóżeczka gipsowego na przeciąg 6—8 tygodni, poczem łóżeczko usuwaliśmy, a choremu pozwalaliśmy na ruchy w łóżku. Miesiąc od zdjęcia łóżeczka, a więc w 3 miesiące po operacyi, pozwalaliśmy wstawać. Gdy mimo okien w łóżeczku powstawały na szczycie garbów odleżyny, skróciliśmy naprzód leżenie na łóżeczku gipsowem, a jeszcze później przestaliśmy wogóle posługiwać się łóżeczkiem, kładąc chorego na zwyczajnem łóżku na przeciąg 2—3 miesięcy. Po tym okresie pozwalaliśmy na ostrożne wstawanie. Z tej zmiany leczenia pooperacyjnego nie widzieliśmy żadnych szkód. Gorsetów żadnych nie używaliśmy.

W końcu wyrażam serdeczne podziękowanie JWP. prof. Dr Rosnerowi, prof. Dr Lewkowiczowi i dyr. Dr O. Langowi za pozwolenie umieszczania naszych chorych w klinice chorób kobiecych i szpitalu św. Ludwika w czasie, gdy klinika chirurgiczna dostępna była tylko dla wojskowych.

Streszczenie i wnioski.

1) Przez zabieg Albéego przy gruźlicy trzonu kręgowego uzyskuje się unieruchomienie i ustalenie kręgosłupa w stopniu lepszym, niż przy innych, zachowawczych metodach leczenia tego cierpienia.

2) Wgojenie listwy kostnej pomiędzy rozszczepione wyrostki kolczyste następuje bardzo łatwo, bez względu na to, czy bierzemy materyał z grzebienia kości piszczelowej, czy z grzebienia kości biodrowej.

3) Wytrzymałość listwy wzgl. nowowytworzonej w jej miejscu kości jest w przypadkach, niepowikłanych dużym garbem, dostateczna.

4) Wskazany jest zabieg Albéego a) w przypadkach niepowikłanych, b) w przypadkach powikłanych garbem albo ropniem opadowym nie zakażonym wtórnie, przyczem duże garby wymagają specyalnego traktowania, c) w przypadkach powikłanych objawami ze strony układu nerwowego. Czy w przypadkach z zakażonymi wtórnie ropniami opadowymi możemy się spodziewać poprawy, tego na podstawie naszego doświadczenia nie możemy powiedzieć.

5) Leczenie pooperacyjne jest stosunkowo bardzo krótkie i dlatego mało kosztowne, co w naszych szczególnie warunkach jest zaletą zabiegu.

6) Wyniki zabiegu są lepsze, niż wyniki leczenia gruźlicy kręgosłupa w tych samych warunkach innemi metodami.

7) Śmiertelności bezpośredniej po zabiegu Albéego niema prawie wcale.

Piśmiennictwo.

1) Albée F.: Knochentransplantation bei tuberkulöser Spondylitis (Ztschr. f. orth. Ch. 1913, 31). — 2) Axhausen: Histologische Untersuchungen über Knochentransplantation beim Menschen (D. Zeitschr. f. Ch. 1917, t. 91). — 3) Barth: Über Osteo-

plastik in histologischer Beziehung (Arch. f. klin. Chir. t. 48, 1894). — 4) Hoessly H.: Die osteoplastische Behandlung der Wirbelsäuleerkrankungen speziell bei Verletzungen und bei der Spondylitis tuberculosa (Bruns. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 102). — 5) Jasiński: Oczyszczenie kawerny w trzonie kręgowym, związanie wyrostków ciernistych (Gaz. lek. 1896, rocznik 31). — 6) Mayer L.: Die Vorgänge in dem autoplastischen Knochentransplantat nach Operationen am Menschen (Ztschr. f. orth. Chir. 1918, Bd. 38). — 7) Müller: Transperitoneale Freilegung der Wirbelsäule bei tuberkulöser Spondylitis (D. Z. f. Ch. 1906. t. 85). — 8) de Quervain: Zur Behandlung veralteter Wirbelluxationen mittels Osteoplastik (Bruns. Beitr. z kl. Ch. 1912, t. 79). — 9) Tomaszewski: O operacyi Albéego (w księdze pam. dla J. Brudzińskiego 1916). — 10) Vogel: Zur Albéeschen Operation bei Spondylitis tuberculosa (Zbl. f. Ch. 1914, Nr 13).

Zaprawianie preparatów kałowych kwasem azotowym w celu ułatwienia poszukiwania jaj pasorzytów jelitowych

podał

Dr med. A. Niepieiski,
(Dąbrowa Górnicza).

W celu ułatwienia odszukiwania jaj czerwi jelitowych, a zwłaszcza jaj dżdżownicy, często nietypowych tak bardzo, iż niczem prawie nie przypominają obrazów, załączonych w podręcznikach, posługuję się łatwym i prostym sposobem zaprawiania preparatów kwasem azotowym, dającym nadzwyczaj wyraźne obrazy i przez to pewność co do gatunku jaja.

Przez preparat, namazany na szkiełku przedmiotowem, rozprowadzam kroplę kwasu azotowego, puszczoną na szkiełko za pomocą pręcika szklanego lub zapałki, tak by tylko sam preparat został zwilżony, a nie starty zapałką, reszta zaś szkła pozostawała suchą. Ta druga ostrożność jest ważna jedynie ze względu na stolik mikroskopu, który niszczy się od kwasu azotowego. Z tego też powodu podczas przeglądania preparatów mikroskop powinien stać pionowo, by uniknąć spłynięcia ze szkiełka kwasu azotowego na stolik. W tak zaprawionych preparatach odnajduje się jaja znacznie szybciej, niż w preparatach, przygotowywanych w sposób zwykły, gdyż na szkle pozostają wyjaśnione i wyraźnie zarysowane jaja — reszta zaś, t. j. masy organiczne stolca, jak komórki roślinne i zwierzęce, śluz i t. d., słowem wszystko, co sprzyja zacieraniu się konturów jaj, zostaje zniszczone przez kwas azotowy. Tak przygotowany preparat różni się od tegoż preparatu, przeglądanego uprzednio bez zaprawienia, jasnością, dokładnością w konturach tworów w nim znajdowanych, a brakiem tej całej masy mikroskopowych strzępków, kłaczków, zanieczyszczeń, zacierających nierzadko do niepoznania jaja tasiemca czy dżdżownicy.

W samych jajach pod wpływem kwasu azotowego zachodzą pewne zmiany, które czynią, iż stają się one bardzo wyraźnie zarysowane, a nawet typowe tak dalece, że nie nasuwają żadnej wątpliwości w rozpoznaniu. N. p. jaje tasiemca przyjmuje barwę żółtawą, cokolwiek się powiększa, a co najważniejsze i co stanowi jego cechę rozpoznawczą, zyskuje bardzo wyraźną promienistość otoczki, jakiej nie dostrzegaliśmy często w preparacie, zrobionym w sposób zwykły.

Podobnież jaja dżdżownicy, często bardzo nietypowe, zarówno co do kształtu i wielkości, tak dalece, że wzięte być mogą za jaja innego pochodzenia, pod wpływem kwasu azotowego nabierają, że tak powiem, typowości przekonywającej. Jajo jakby pęcznieje, powiększa się znacznie, w środku otoczki wyraźnie zarysowanej widnieje ciemniejsze cokolwiek jądro ze szczegółami i półksiężycami u biegunów, a na zewnątrz jaja warstwa jasnożółto zabarwionego śluzu; słowem z jaja, nie przypominającego niczem jaja dżdżownicy, otrzymuje się typ książkowy. Prócz tego sposób zaprawiania preparatów kwasem azotowym posiada jeszcze i tę zaletę, że wskutek odwonienia preparatu badanie przestaje być przykre, a drugie, iż mamy do czynienia z jajami, zniszczonemi przez kwas, a więc i nieszkodliwemi w razie przeniesienia się ich przypadkowo na badającego.

(Przysłanych przez autora doskonałych rysunków nie możemy niestety z powodu trudności technicznych dołączyć do artykułu. Przypisek Redakcyi).

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

opuchły, obrzękły, gedunsen.
pręgi skórne rozstępowe, Dehnungsstreifen.
odruch stolcowy, Defäcationsreflex.
wadliwość jakościowa przysadki, dyspituitarismus.
surowica przeciwbłonicza, Diphtherieserum.
surowica przeciwtężcowa, Tetanusserum.
surowica przeciwszelestnicza, Rauschbrandserum.
szmer z rozszerzenia, Dilatationsgeräusch.
przekarmienie, Überernährung.
przeprężenie, Überdehnung.
przewrażliwość, Überreizbarkeit.
przeszczepność, Überimpfbarkeit.
jednojądrzasty, uninucleär.
niedożywienie, niedokarmienie, Unterernährung.
odporność przeciw nadwrażliwości, odwrażliwienie, antianaphylaxia.
ciepłotrwały, wytrwały na gorąco, thermostabil.
przeciwzakaźny, antiinfectiosus.
przemoga, nadczynność, Überfunction.
przeczulność, Überempfindlichkeit.
wyprężenie, przeprężenie, Überstreckung.
drugopłciowy, heterosexuell.
nerwy wzwodowe, nervi erigentes
szelestliwość pochwy, flatus vaginalis.
rozwijający się, postępowy, postępujący, prosoplasticus.
ododbytniczy, proctogen.
praworęczność, Rechtshändigkeit.
odprowadzalny, reponibilis.
rana darta, Risswunde.
bezwargowość, achilia.
bezręczność, achiria.

Oceny i sprawozdania.

Leczenie surowicami i szczepionkami bakteryjnemi.

Sprawozdanie poglądowe.

Podał Prym. **Dr Antoni Krokiewicz.**

(Ciąg dalszy).

L e c z e n i e w y w o ł y w a c z a m i (Antigentherapie: leczenie bakteryami, czynne uodparnianie człowieka, tuberkuliny, szczepionki bakteryjne). Poznaliśmy już ciała, które powstają u zwierzęcia przez czynne uodparnianie. Ciała te, przeszczepione na człowieka w celach leczniczych, wywołują u niego bierną odporność. Obecnie przytaczamy przypadki, w których u człowieka może być stosowane czynne uodparnianie dla celów leczniczych i zapobiegawczych. Pierwsze takie doświadczenie wykonał J. Ferran w Hiszpanii, w czasie wielkiej epidemii cholery w r. 1884; przeprowadzał on szczepienie ochronne sztucznemi hodowlami prątków cholerycznych, które jednak z powodu wadliwej techniki zawiodły. Lepszą techniką posługiwał się Haffkine, który czystemi osłabionemi przez gorąco hodowlami uodpornił w Indyach do r. 1895 przeszło 40.000 ludzi. Pfeiffer i Kolle zastosowali szczepienie obumarłemi bakteryami w Japonii w r. 1902. Również szczepiono ze skutkiem w celach zapobiegawczych przeciw tyfusowi obumarłemi hodowlami bulionowemi (Wright w Indyach), jak i samemi obumarłemi bakteryami (Bakterienleiber) w Niemczech w myśl Pfeiffera i Kollego. Metody tej używano także przeciw dżumie. Korzyść tego czynnego uodparniania dla celów zapobiegawczych polega na tem, że te szczepionki nieporównanie taniej i prościej można sporządzić, niż odnośne surowice, a powtóre i na tem, że odporność czynna, wywołana przez te szczepionki, jest trwalsza, niż odporność bierna po wstrzykiwaniu surowic. Z drugiej strony nie występuje ona zaraz, jak przy biernem uodparnianiu, lecz dopiero po 8—14 dniach. Można zatem zależnie od okoliczności stosować jedną lub drugą metodę, lub, co najskuteczniej, obie połączyć w jedną (t. zw. »Simultanmethode«). Polega ona na tem, że najpierw stosuje się

dawkę surowicy leczniczej, a wkrótce potem jedną lub kilka dawek wywoływacza (antygenu), który naówczas podaje się zaraz w coraz silniejszej ilości. Metody tej użył pierwszy Lorenz w celach ochronnych przy róży świń i otrzymał dobre wyniki. Stosowali ją następnie Roemer przy zakażeniu dwoinkami zapalenia płuc, a Sobernheim przy wągliku.

Najwięcej znane jest stosowanie lecznicze antygenów w gruźlicy, jako t. zw. leczenie tuberkulinami (Koch 1890). Koch pierwotnie przy stosowaniu tuberkuliny nie myślał o uodparnianiu, lecz przedstawiał sobie działanie tuberkuliny w ten sposób, że pod jej wpływem komórki, zajęte sprawą gruźliczą, ulegają zupełnemu obumarciu, a następnie oddzieleniu i wessaniu. W dalszym ciągu dążył on do uodparniania tkanek nie zajętych gruźlicą. Dziś uważa wielka liczba badaczy przekrwienie, wywołane w ogniskach gruźliczych przez tuberkulinę, za skuteczny czynnik działający w leczeniu tuberkuliną obok wytwarzania się istot ochronnych. Wszystkie przetwory tuberkulinowe zawierają mniej lub więcej zmienioną toksynę tuberkuliczną i endotoksynę; stąd też dla wszystkich tych przetworów tuberkulinowych istnieją w zasadzie te same prawidła dla stosowania ich w leczeniu gruźlicy.

Żywe zainteresowanie obudziła metoda czynnego uodparniania, podana przez Wrighta. Wright wychodzi z założenia, że czynne uodparnianie ustroju, n. p. przeciwko prątkom gruźliczym, lub gronkowcom, o wiele lepsze daje wyniki, skoro jest wykonywane pod dokładną kontrolą wytwarzających się istot ochronnych t. j. opsonin. Wypracował on odpowiednią metodę, która pokrótce tak się przedstawia: Nieco surowicy leczonego chorego dodaje się do cieczy, zawierającej krwinki białe i obumarłe zarazki odnośnej choroby. Mieszaninę tę pozostawia się w cieplarce przez pewien czas, poczem sporządza się zabarwiony preparat i oznacza przez liczenie większej ilości krwinek białych wskaźnik fagocytozy chorego, t. j. liczbę bakteryi, zawartych średnio w jednem ciałku białem. Następnie w ten sam sposób oznacza się normalnie wskaźnik fagocytozy, używając surowicy prawidłowej w miejsce surowicy chorego. Jeśli podzieli się liczbę fagocytyczną u chorego przez liczbę fagocytyczną u zdrowego, to otrzymuje się wskaźnik opsoninowy u chorego, który jest tem większy, im bardziej opsonicznie działa surowica chorego. Wzmaganie się lub zmiejszanie wskaźnika opsoninowego po wstrzyknięciu surowicy wskazuje według Wrighta, czy wstrzyknięcie słusznie obliczone zostało, czy też nie. Metoda ta wymaga dużo czasu, jest kosztowna i może być wykonywana tylko w laboratoryum; zastąpić ją może dokładne kliniczne spostrzeganie chorego.

Choroba posurowicza (Serumkrankheit) i nadwrażliwość (anaphylaxis). Zazwyczaj przy stosowaniu surowicy nie występuje żaden odczyn i ustrój zachowuje się biernie wobec wstrzykiwanych istot ochronnych ze zwierzęcia czynnie uodpornionego. W małym tylko odsetku chorzy, leczeni surowicą, okazują pewne uboczne przypadłości, które Pirquet i Schick podciągają pod obraz choroby posurowiczej (Serumkrankheit). Najpierw zauważono, iż już w pierwszych (8—12) dniach po wstrzyknięciu surowicy występuje w miejscu nakłucia jużto ograniczone jużto rozlane zaczerwienienie i nabrzmienie tkanki, poczem stopniowo na całe ciało rozprzestrzenia się wysypka drobnoplamista lub jednostajnie czerwona. Wśród tej posurowiczej osutki występuje czasem gorączka obok obrzęku gruczołów chłonnych i stawów, co trwa kilka dni i ustępuje bez śladu. Również przekonano się, że te uboczne objawy pojawiały się wcześniej u chorych, którym po drugi raz wstrzyknięto surowicę (choć pierwsze wstrzyknięcie wykonano przed miesiącami i latami), bo niekiedy już w kilka godzin po jej wstrzyknięciu. W zasadzie te objawy u powtórnie szczepionych przebiegały bez dalszych następstw. To zachowanie się chorych po powtórnem zaszczepieniu surowicy wskazuje na szczególny stan ustroju, który Behring pierwszy spostrzegał u uodpornianego, a więc poprzednio szczepionego zwierzęcia i nazwał go nadwrażliwością (Überempfindlichkeit). W dalszym ciągu Theobald, Smith, Arthus i Richet spostrzegali podobne objawy przy doświadczeniach na zwierzętach i wprowadzili nazwę »anaphylaxis«. Nadwrażliwość spostrzegana u zwierząt objawia się w ten sposób, że zwierzę, któremu wstrzykiwano pewną substancyę, bezpośrednio po powtórnem, conajmniej w 20 dni wykonanem wstrzyknięciu tejże substancyi ulega zapadowi, a często i śmierci. Ten zapad nie występuje u każdego zwierzęcia; częściej wydarza się przy wstrzykiwaniu śródżylnem, niż podskórnem, a najczęściej przy wstrzykiwaniu do jamy mózgowej. Dokładniejsze spostrzeżenia wykazały, że przyczyną zapadu anafilaktycznego jest silne obniżenie parcia krwi i ciepłoty ciała. Ponieważ takie zapady anafilaktyczne są u ludzi nadzwyczaj rzadkie, przeto nie istnieje przeciwwskazanie do wstrzykiwań surowicy u ludzi. W razie zapadu należy stosować śródżylnie przetwory naparstnicy, chlorek barowy, lub podskórnie eter. Besredka zwrócił uwagę, że zwierzęta przeciw zapadowi anafilaktycznemu można ochronić, skoro im się przed wstrzyknięciem podskórnem poda lewatywę z tej surowicy.

Obecnie przytaczam najważniejsze surowice lecznicze, wytwarzane w pracowni Mercka w Darmstadzie. Dla szczupłości miejsca, a obfitego piśmiennictwa, nie uwzględniam surowic z innych pracowni; działanie ich jednak jest bardzo podobne do surowic Mercka.

I. Surowica ze zwierząt pozbawionych jajników i tarczycy (Anovarthyreoid-Serum). Hoffmann przy omawianiu chorób tarczycy wskazał, że surowica owiec, pozbawionych jajników, działa skutecznie przy zmięknieniu kości (osteomalacia). Merck wytworzył odnośną surowicę i nazwał ją Antimalazin (nie weszła ona do obiegu handlowego). Ponieważ i surowica jagniąt pozbawionych tarczycy ma działać skutecznie przy zmięknieniu kości (t. zw. antytyreoidyna Möbiusa), wytworzył Merck na zlecenie Hoffmanna surowicę z krwi owiec pozbawionych jajników i tarczycy. Zastosował ją Klewe-Nebenius w jednym ciężkim przypadku zmięknienia kości u kobiety 32-letniej, u której 9 razy wstrzyknął podskórnie po 10 cm sz. tejże surowicy w odstępach 3—5 dni. Po wstrzyknięciach kilka razy pojawiła się osutka na skórze, która po 24—38 godzinach znikała bez jakichkolwiek ubocznych przypadów. Raz podniosła się ciepłota ciała na krótko do 38° C. Chora znosiła dobrze wstrzykiwania, zaczęła chodzić; ruchy jej były szybkie i bezbolesne, ustąpiła bolesność przy ucisku na klatkę piersiową i kręgosłup. Regularność nie była zupełnie prawidłowa i stan psychiczny pozostał niezmieniony. Dalsze badania w przypadkach hypertyreoidozy są w toku. Według Hoffmanna składniki surowicy ze zwierząt pozbawionych jajników i tarczycy zbliżają się w swem działaniu do wydzielin nadnercza i przysadki. Surowicy tej należałoby próbować w przypadkach zmięknienia kości, w krzywicy, w psychozach wieku przejściowego młodzieńczego, w gorączce siennej i w nerwicach z powodu zaburzeń nerwów naczynioruchowych z następującym zawrotem głowy i szumem w uszach.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Listy do Redakcyi.

Do artykułu prof. Kleckiego o nauce patologii ogólnej w uniwersytetach polskich (Przegląd lekarski, styczeń 1919) otrzymujemy od prof. Browicza następujące uwagi:

W uwagach w sprawie reformy studyum lekarskiego, ogłoszonych w Przeglądzie lek. w styczniu 1918, pomieściłem następujący ustęp: »Medycyna wewnętrzna, to macierz, podstawa dla wszystkich innych gałęzi medycyny; bez znajomości, o ile można najdokładniejszej, medycyny wewnętrznej w żadnej innej gałęzi medycyny obyć się nie można. Słusznie też domagał się Brudziński, »aby kandydaci na stanowiska nauczycielskie w działach klinicznych wykazywali się odbyciem dwuletniej praktyki w charakterze asystentów kliniki chorób wewnętrznych. Wszelkie wady i jednostronność w nauczaniu w zakresie wszelkiej specyalności wypływają z niedostatecznego przygotowania wykładających w zakresie kliniki ogólnej«. Do tego słusznego żądania dołączyłbym jeszcze dalsze, że tego przygotowania w zakresie medycyny wewnętrznej wymagaćby należało od wszystkich profesorów medycyny, a więc i części teoretycznej, przedewszystkiem profesorów patologii ogólnej, anatomii patologicznej i farmakologii. Zaznajomienie się dokładniejsze z medycyną wewnętrzną daje gruntowniejszy pogląd na całość nauki lekarskiej«.

Dnia 1. kwietnia 1918 przedłożyłem nadto Wydziałowi lekarskiemu w odpowiedzi (drukowanej) na kwestyonaryusz w sprawie reformy studyum lekarskiego następującą uwagę: »Do uwag powyższych i uwag ogłoszonych w »Przeglądzie lekarskim« dodać muszę dodatkowo szczegół, o którym często mówiłem, a odnoszący się do warsztatu pracy (naukowej i dydaktycznej) profesorów. Nietylko wymagać należy, ażeby wszyscy członkowie grona nauczycielskiego byli doktorami medycyny,

a kandydaci na katedry kliniczne byli poprzednio asystentami przy klinice chorób wewnętrznych, a według mego widzenia rzeczy wymagaćby tego należało i od kandydatów na katedry patologii ogólnej, anatomii patologicznej i farmakologii, ale dążyć należy do tego, by profesorowie patologii ogólnej, anatomii patologicznej i farmakologii mieli sobie powierzone małe oddzialiki o kilku łóżkach, nie o charakterze klinicznym, ale dla kontaktu bezpośredniego z żywym organizmem ludzkim dla badań naukowych. Rzecz przy spełnieniu warunku istnienia dostatecznych stałych i czasowych sił pomocniczych przy każdej katedrze dla podziału pracy i odciążenia od zbytnich obowiązków szefów zakładów nie przedstawiałaby trudności. A mieliśmy już przykład takiego urządzenia w Krakowie. W początku lat osiemdziesiątych ubiegłego stulecia nauczyciel mój i poprzednik na katedrze Biesiadecki wyjednał dla katedry anatomii patologicznej pokoik o 4 łóżkach w dawnej klinice wewnętrznej. Byłem w tym oddzialiku jako ówczesny asystent przy katedrze anatomii patologicznej czynny. Przeprowadzaliśmy n. p. badania nad białaczką, przeszczepiania skóry, poszukiwania i sprawdzania głośnych wówczas odkryć Lastorfera co do zarazka kiły. Wyjednanie takiego oddzialiku, który nosił miano kliniki doświadczalnej, było zasługą i głębszą myślą Biesiadeckiego. Niestety ciasnota ówczesnej kliniki wewnętrznej, która mieściła się na pierwszem piętrze teraźniejszego lokalu chemii lekarskiej i konieczność aneksyi tego pokoju, czego domagał się słusznie nowo mianowany prof. Korczyński, położyła tamę dalszemu istnieniu tej dobrze pomyślanej i dla nauki pożytecznej instytucyi. Takie urządzenia należałoby wprowadzić«.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w d. 19. I. b. r. wykładał prof. Dr Lewkowicz o leczeniu nagminnego zapalenia opon mózgowych, a Dr Radwańska przedstawiła chorą z kliniki ginekologicznej.

Warszawa. Sejmowi przedstawione zostały d. 10. II. b. r., jak podaje doc. Dr J. Jaworski, szef sekcyi Ministerstwa zdrowia (Gaz. lek. 7), następujące projekty praw ze strony tego Ministerstwa: 1) o utworzeniu ministerstwa zdrowia publicznego, 2) zasadnicza ustawa sanitarna, 3) o ochronnem szczepieniu ospy, 4) o zwalczaniu chorób zakaźnych, 5) o nadzorze nad wyrobem i sprzedażą surogatów żywności, 6) o przejęciu przez Ministerstwo zdrowia agend Wydziału zdrowia Komisyi Rządzącej galicyjskiej, 7) o urzędzie do spraw jeńców, 8) o nadzorze mieszkań i ochronie lokatorów.

— Prof. Dr Adam Wrzosek został mianowany szefem sekcyi szkolnictwa wyższego w Ministerstwie oświecenia publicznego i wyznań religijnych.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego z udziałem zaproszonych gości odbędzie się **we środę d. 26. lutego 1919.** Na porządku dziennym wykład doc. Dr Eug. Piaseckiego: O wychowaniu fizycznem na Uniwersytecie.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 8. Kraków, 25 lutego 1919 Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2 Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopiste, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń 50 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·—, kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Rok LVIII Kraków, 25 lutego 1919. Nr. 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala kraj. w Sarajewie

Spostrzeżenia kazuistyczne.

Kilka przypadków zakażenia prątkami okrężnicy, przebiegającego pod postacią paratyfusu (koliparatyfus)

opisał

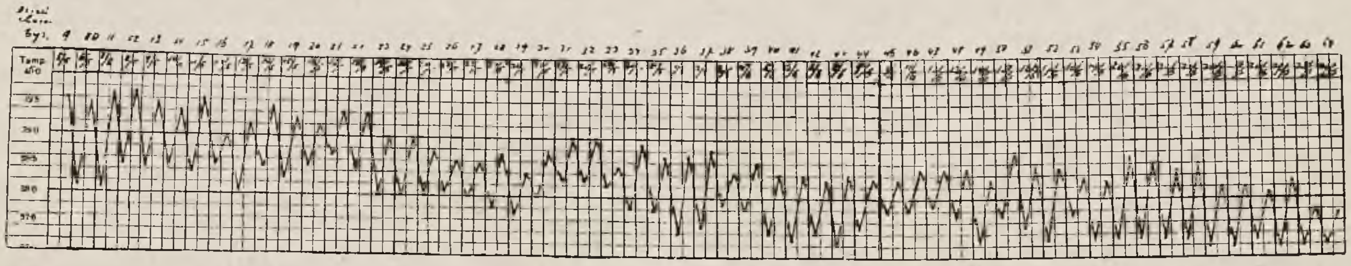
Prof. Dr L. Korczyński.

Porządkując z początkiem r. 1917 materyał paratyfusowy mojego oddziału z lat 1914—1916, wyjąłem ze zbioru historyi chorób szereg spostrzeżeń, w których rozpoznania paratyfusu nie można było oprzeć na wynikach badań serologicznych, jakkolwiek badania te kilkakrotnie powtarzano. Przypadki te omówiłem w osobnem sprawozdaniu[1]) i wyraziłem przy tej sposobności przypuszczenie, że choroba mogła tu być następstwem zakażenia przez prątki okrężnicy (b. coli commune). Z takimi samymi obrazami choroby, jak w opisanych w przytoczonej pracy spostrzeżeniach, spotkaliśmy się także w następnych dwóch latach t. j. w r. 1917 i 1918. Zwracaliśmy na nie tem pilniejszą uwagę i w 7 przypadkach powiodło się wykazać, że choroba polegała istotnie na zakażeniu prątkami Eschericha. Streszczenie tych spostrzeżeń jest w danych warunkach rzeczą zupełnie naturalną.

1. Milan Hadzi V., lat 46, wyzn. prawosławnego, kupiec z Fočy w Hercegowinie, zamieszkały chwilowo w Sarajewie, przyjęty na oddział 5. maja 1917, podaje w wywiadach, że od 2½ roku choruje na płuca. Miewa od czasu do czasu lekką gorączkę, kaszel, uczuwa kłucie w klatce piersiowej. Choroba rozwinęła się po zranieniu klatki piersiowej w roku 1914. Obecna choroba rozpoczęła się przed 8 dniami ogólnem osłabieniem, brakiem łaknienia, bólem głowy, uczuciem chłodu. Lekkie dreszczyki zjawiały także w ciągu dni następnych. Gorączka była z początku mierna; wzmogła się znacznie dopiero przed 2 dniami. Uczucie chłodu spotęgowało się przytem znacznie, tak że chory wprost już mówił o dreszczu. Równocześnie z tem pojawiły się wymioty. Przez cały czas występowały, zwykle nad ranem, czasem już w nocy mierne poty.

Stan obecny: Budowa ciała wątła, odżywienie liche, skóra i błony śluzowe blade. Wyraz twarzy zmęczony, oczy podkrążone. Język wilgotny, obłożony żółtoszarym mułem. Błona śluzowa gardła nieznacznie tylko zaczerwieniona. Na grzbiecie po stronie prawej tuż pod kątem łopatki, kilkanaście centymetrów długa, 2½— 3 cm szeroka blizna. Po tejże stronie zapadnięcie klatki piersiowej po przebytem, widocznie skutkiem zranienia, zapaleniu opłucnej, a nadto, jak wykazało nakłucie próbne, wysięk surowiczy. C. wł. wysięku 1022, ilość białka 3%; w osadzie prawie wyłącznie limfocyty. W obu szczytach zagęszczenie. Kaszel mierny, bez odktuszania. Serce bez ważniejszych zmian. Brzuch nieco napięty i wzdęty. Osutki ani na brzuchu, ani na klatce piersiowej dostrzedz nie można. Śledziona macalna pod łukiem żebrowym, miernie twarda. Wątroba nie powiększona. Mocz wysycony o c. wł. 1035, ze śladem białka, nie daje odczynu dwuzowego Ehrlicha, ani odczynu wskazującego na obfitsze wydzielanie indykanu. Badanie krwi wykazało: Ilość ciałek białych 14.400; c. neutrochłonnych 70·5%, limfocytów 21·5%, monocytów 8%. Z posiewów krwi wyrosły kolonie prątka okrężnicy[2]). Próby aglutynacyjne z prątkami tyfusu i paratyfusu wypadły ujemnie.

Dalszy przebieg choroby był, na ogół biorąc, dość ciężki i długi. Gorączka o torze przeważnie przepuszczającym (zob. krzywą ciepłoty 1) utrzymywała się na znacznej wysokości do 28. V. Maxima przekraczały w tym czasie mniej lub więcej znacznie 39° C., minima wahały się między 38·1—38·7° C. Tętno stale nie dotrzymywało kroku ciepłocie. W początkach liczono 90—100, wyjątkowo, wśród objawów osłabienia serca, między 8. V. do 15. V., 102—116 uderzeń tętna. Później opadło tętno dość znacznie, liczba jego wynosiła 76—84. Wobec wysięku opłucnego zasługuje ten szczegół tem bardziej na podniesienie. Od 19. V. zaczęła gorączka opadać, przyjąwszy równocześnie na krótki przeciąg czasu tor gorączki stałej. Okres ten trwał prawie do końca maja. W czerwcu przeważał znowu typ zwalniający wśród wahań, spotykanych często w końcowym okresie duru brzusznego. Gorączka o tym przebiegu trwała z górą 4 tygodnie, do 28. czerwca. Wprawdzie i później jeszcze utrzymywał się przez długi przeciąg czasu stan podgorączkowy, ale nie stał on już w związku z zakażeniem prątkami okrężnicy, lecz zależał od sprawy płucnej. Świadczyło o tem przedewszystkiem zupełne ustąpienie obrzęku śledziony i znaczna poprawa ogólnego stanu chorego. Tak podczas wyższej, lekko zwalniającej



[1]) L. R. v. Korczyński: Unter dem Symptomenbilde von Bauchparatyphus verlaufende, nicht paratyphöse Erkrankungen. Klin.-therap. Wochschft 1917, Nr 21—22.

[2]) Badania bakteryologiczne i serologiczne w tym i w następnych spostrzeżeniach wykonane zostały w pracowni zakładu anatomo-patologicznego przez kierownika tegoż, Dr E. Prašeka.

lub stałej gorączki w pierwszych tygodniach choroby, jak i w okresie jej końcowym pojawiały się dość często mniej lub więcej obfite poty. Ustały one dopiero z końcem czerwca.

Z innych szczegółów zasługuje na podniesienie znaczna bierność w zachowaniu się chorego i wielkie ogólne osłabienie. Niekiedy przydarzały się, zupełnie zresztą spokojne majaczenia. Przez cały czas choroby nie dostrzeżono jakiejkolwiek osutki. Stolec trzeba było wywoływać zazwyczaj przez lewatywy. Wyjątkowo tylko zdarzały się dnie, w których chory miał nieznaczną biegunkę, z 2–3 stolcami w ciągu 24 godzin. Prątki okrężnicy utrzymywały się we krwi niezwykle długo. Wykazano je jeszcze 27. V., a więc w 31. dniu choroby. Wynik ujemny dały dopiero czerwcowe badania. Stwierdzone z początku choroby powiększenie ilości ciałek białych znikło później zupełnie. W ostatnich dniach maja naliczono już tylko 6.200 leukocytów w m m³. Stosunek odsetkowy ciałek białych nie uległ wyraźnej zmianie. Wynikom morfologicznych badań krwi nie możemy jednak w tym przypadku przypisywać zasadniczego znaczenia dla oceniania leukocytozy w przebiegu zakażenia ogólnego prątkami okrężnicy. Niewątpliwy wpływ na skład krwi wywierać tu musiały także zmiany w opłucnej. Jeszcze 6. IV. wypuszczono przez nakłucie klatki piersiowej 300 cm³ płynu surowiczego o tym samym składzie, co poprzednio. Małe resztki wysięku stwierdzono także w 10 dni później. Choroba płuc i opłucnej była powodem, że chory pozostał w szpitalu i przebywał w nim aż do 14. X. 1917. Opuścił go w stanie zupełnie bezgorączkowym z bardzo znaczną ogólną i miejscową poprawą.

2. Antoni N. 7-letni syn strażnika skarbowego, przyjęty na oddział 27. września 1917.

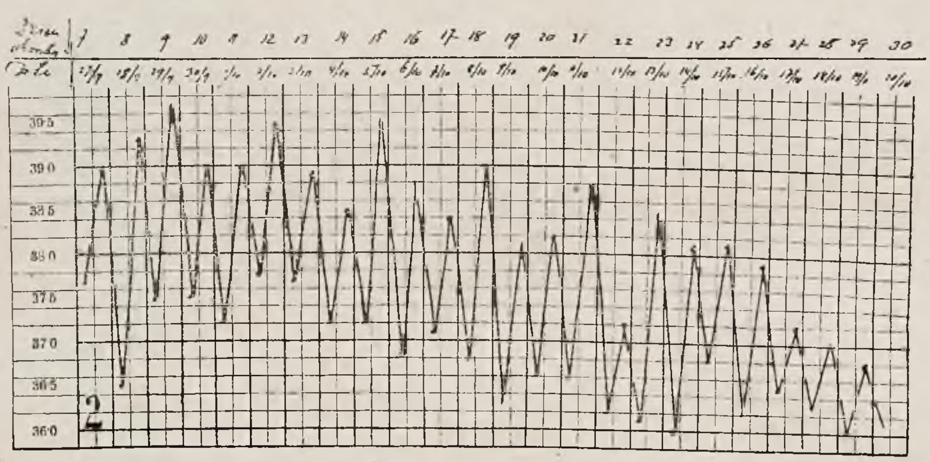
przepuszczająca (zob. krzywą ciepłoty 2) utrzymywała się wśród pewnych wahań na znacznej wysokości do 6. X. W dniach następnych zaczęła opadać, nie zmieniając zasadniczego typu. Przejście do stanu bezgorączkowego odbyło się dość szybko. Podczas kilku pierwszych dni miewał chory mierne poty. Tętno, względnie częste z początku, zwolniało później wcale znacznie i wahało się między 90 a 120 uderzeń. Mierna biegunka utrzymywała się do 8. X. Powtórne badanie bakteryologiczne krwi, wykonane w końcowym okresie gorączki, dało wynik ujemny.

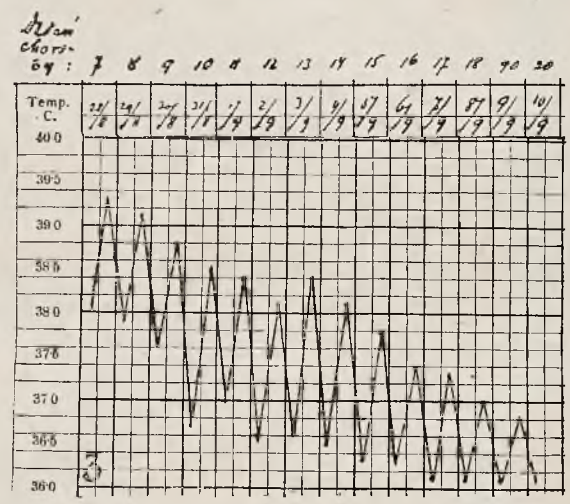
Chory opuścił szpital 5. XI.

Wybitne piętno nadawały temy przypadkowi niezwykle silne i długotrwałe bóle głowy, połączone z nudnościami, z sztywnością karku i z objawami Kerniga i Brudzińskiego. Zjawiska te, razem wzięte, godziły się zupełnie dobrze z pojęciem zapalnego podrażnienia opon mózgu i rdzenia. Zapalenia w ściślejszem tego słowa znaczeniu nie można było rozpoznawać wobec wyniku badań płynu mózgowordzeniowego, wykazujących własności prawidłowe. Mieliśmy więc przed sobą przypadek t. zw. meningizmu, wikłającego zakażenie ogólne prążkami okrężnicy. Przypomina on bardzo spostrzeżenie, opisane w pracy przytoczonej na wstępie. Różnica między obecnym a dawniejszym przypadkiem polega na tem tylko, że w dawniejszym rozwinęły się objawy oponowe w końcowym okresie choroby, w obecnym pojawiły się już w samym jej początku.

3. Maryan M., lat 26, wyzn. rz.-kat., robotnik kolejowy ze Stupa, pow. Sarajewo, przyjęty na oddział 28. VIII. 1917.

Wywiady: Choroba rozpoczęła się przed 6 dniami bólem głowy, ogólnem osłabieniem, gorączką. Dreszczów ani jakichkolwiek objawów żołądkowych, względnie jelitowych, nie było.





Wywiady: Choroba rozpocząć się miała nagle 21. IX. dreszczem, gorączką, nudnościami i nadzwyczaj silnym bólem głowy. Stolec z początku prawidłowy, później płynny, 1—2 razy dziennie.

Stan obecny: Miernie rozwinięte, licho odżywione dziecko, z zamroczoną świadomością, jęczy i stęka, chwytając się przytem rękami za głowę. W kątach ust opryszczki. Język silnie obłożony, suchawy. Błona śluzowa gardła nieco zaczerwieniona. Opukiwanie głowy i poruszanie nią sprawia choremu dotkliwy ból. Mięśnie karku napięte, zginanie głowy oporne. Odruchy kolanowe żywe. Objaw Kerniga i Brudzińskiego zaznaczone. Na skórze brzucha i dolnej części klatki piersiowej zrzadka porozrzucane różowe guzki (roseola) niejednakiej wielkości. Brzuch płaski, niebolesny przy ucisku. Śledziona dość twarda, daje się łatwo obmacać pod łukiem żebrowym. Wątroba nie powiększona. W płucach poza miernym nieżytem oskrzelowym zmian niema. Serce prawidłowe. Mocz ciemny, wysycony, o c. wł. 1030. Stolec płynny, barwy żółtej, przypomina t. zw. grochowe stolce durowe. Ilość ciałek białych 13.200, c. neutrochłonnych 42%, limfocytów 42·6%, monocytów 15·4%. Bakteryologiczne badanie krwi dało w wyniku posiewy prątka okrężnicy. Przez nakłucie lędźwiowe wydobyto około 10 cm³ płynu zupełnie jasnego, jałowego, o prawidłowym składzie chemicznym i morfologicznym. Ciepłota ciała wahała się w pierwszym dniu pobytu chorego w szpitalu między 37·5° C. a 39° C., tętno między 132 a 144.

W dalszym przebiegu sprawy utrzymywały się przez szereg dni uporczywe i bardzo silne bóle głowy. Parę razy miał chory nudności, ale nie wymiotował. Gorączka, o torze zwalniającym, z amplitudą bardzo znaczną, wyjątkowo nawet wprost

Stan obecny: Wzrost wysoki, budowa smukła, odżywienie dość liche. Twarz blada. Język suchy, obłożony. Błona śluzowa gardła zaczerwieniona. W płucach i w sercu zmian niema. Osutka skąpa na skórze lędźwi i brzucha. Brzuch płaski. Śledziona o brzegu okrągłym, dość miękka, daje się wyczuć dopiero przy głębszym wdechu. Wątroba rozmiarów prawidłowych. W jelitach kruczenie. Stolec papkowaty, 1—2 razy dziennie. Mocz wysycony, bez białka. Ilość ciałek białych 10.600; c. neutrochłonnych 70·60%, limfocytów 26·00%, monocytów 3·00% c. Türcka 0·40%. Krew jałowa. Surowica krwi nie strąca ani tyfusowych ani paratyfusowych bakteryi, natomiast prątki okrężnicy, wyhodowane z kału chorego, w rozcieńczeniu 1:400. Przebieg ciepłoty (zob. krzywą ciepłoty 3) zwalniający, od 31. VIII. przepuszczający. Przejście do stanu bezgorączkowego powolne. Tętno między 90 a 102. Chory opuścił szpital 24. IX.

4. Tarsa V., lat 30, żona starszego konduktora kolejowego z Sarajewa, wyzn. prawosławnego, przyjęta na oddział 18 lutego 1918.

Wywiady. Początek choroby przed 5 dniami. Codzień lekki dreszcz, gorączka, ból głowy, bóle brzucha, mierna biegunka. Od 2 dni stolec zaparty, ból głowy silniejszy. Podczas ostatnich 2 nocy poty.

Stan obecny: Wzrost średni, budowa kośćca wątła, odżywienie niedostateczne. Wyraz twarzy zmęczony. Na wargach opryszczki. Język obłożony, wilgotny. Błona śluzowa gardła nieco zaczerwieniona. W płucach i w sercu zmian niema. Brzuch płaski, przy ucisku, zwłaszcza w okolicy jelita ślepego i wstępującego tkliwy. Obfite kruczenie. Śledziona dość twarda, sięga do

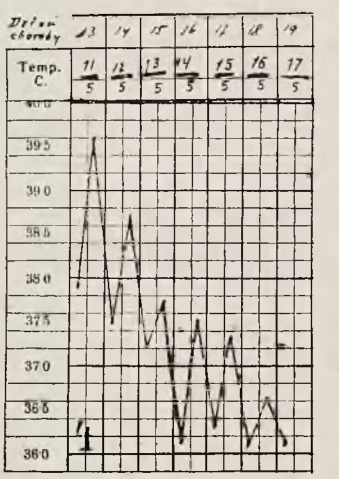
łuku żebrowego. Wątroba nie powiększona. Osutki dostrzedz nie można. Mocz bez białka, miernie wysycony, o c. wł. 1028 zawiera nieco więcej indykanu. Stolec po wlewaniach w części zbity. Ilość ciałek białych 8600, c. neutrochłonnych 64·5%, limfocytów 21·5%, monocytów 13·0%, c. tucznych 1·0%. Krew jałowa. Surowica krwi nie strąca prątków duru brzusznego ani też paratyfusu, natomiast sprowadza jeszcze w rozcieńczeniu 1:3200 aglutynacyę prątków okrężnicy, wyhodowanych z kału chorej.

Przebieg choroby krótki i łagodny. Gorączka o torze zwalniającym utrzymywała się na oddziale jeszcze tylko przez 4 dni, opadając z dnia na dzień z towarzyszeniem miernych potów. Silniejsze poty towarzyszyły zupełnemu opadnięciu ciepłoty w nocy z 20. na 21. lutego. Okres gorączkowy trwał tu niespełna 9 dni.

5. Vinko G., lat 9, wyzn. rz.-kat., z Sarajewa, przyjęty 11. V. 1918.

Wywiady: Chłopiec rozchorował się przed 12 dniami. W pierwszych dniach pojawiały się wymioty, bóle brzucha i biegunka z towarzyszeniem bólów głowy. Gorączka miała być wysoka; dreszczów nie było. W ostatnich dniach stolec prawidłowy; przypadłości żołądkowych, bólów głowy i brzucha niema.

Stan obecny. Dość dobrze rozwinięte, słabo odżywione dziecko. Twarz zaczerwieniona. Opryszczek, ani śladów po nich niema. Język wilgotny, nieco tylko białawym nalotem obłożony. Błona śluzowa gardła prawidłowo zabarwiona. Płuca i serce bez zmian. Brzuch płaski, przy ucisku wrzekomo bolesny. Skąpa osutka guzkowa. Śledziona macalna pod łukiem żebrowym, miernie zbita. Wątroba nie powiększona. Mocz dość ciemny, nie zawiera nieprawidłowych składników. Stolec w części sformowany, w części papkowaty, raz na dzień. Ilość ciałek białych 9.400; c. neutrochłonnych 69·6%, limfocytów 16·4%, monocytów 13·2%, c. tucznych 0·4%, c. Türcka 0·4%. Krew jałowa. Surowica krwi nie strąca prątków tyfusu i paratyfusu, aglutynuje prątki okrężnicy, wyhodowane z kału chorego, w rozcieńczeniu 1:1600. Ciepłota ciała w dniu przyjęcia 37·8° C. do 39·6° C. Tętno 110—140. Drugiego dnia pobytu chorego najwyższe wzniesienie 38·6. W następnych trzech dniach stan podgorączkowy. (Przebieg ciepłoty zob. krzywą gorączki 4). Od 16. V. stan bezgorączkowy. Choroba trwała 17 dni, okres ozdrowień dalszych 13 dni. Szpital opuścił chory 29. V.



6. Ernestyna P. lat 13 wyzn. rz.-kat., z Sarajewa, przyjęta 11. V. 1918.

Wywiady: Choroba rozpoczęła się przed 5 dniami gorączką bez poprzedzającego ją dreszczu. Przypadłości żołądkowych i jelitowych nie było. Natomiast rozwinął się zaraz z początku nieżyt nosa i gardła z miernym kaszlem.

Stan obecny: Dobrze zbudowana, słabo odżywiona dziewczyna. Spojówki nieco przekrwione. Błona śluzowa gardła zaczerwieniona, lekko obrzękła. W płucach, poza nieznacznym nieżytem grubych oskrzeli, żadnych zmian nie znaleziono. Serce zdrowe. Brzuch płaski, nie bolesny przy ucisku. Śledziona miernie obrzękła, sięga dolnym, wyraźnie zaokrąglonym, przy ucisku bolesnym brzegiem do łuku żebrowego. Wątroba prawidłowych rozmiarów. Stolec zbity. Ilość ciałek białych 7600; ciałek neutrochłonnych 52·5%, limfocytów 38·5%, monocytów 9·0%. Badanie bakteryologiczne krwi nie dało dodatniego wyniku. Surowica krwi strąca jeszcze w rozcieńczeniu 1:800 prątki okrężnicy, wyhodowane z kału chorej; wobec prątków paratyfusu i duru brzusznego zachowuje się prawie zupełnie obojętnie.

Dalszy przebieg choroby łagodny. Podwyższona ciepłota ciała utrzymywała jeszcze tylko przez 4 dni, spadając z dnia na dzień. Okres gorączkowy wynosił więc razem 9 dni. Liczba tętna wahała się w dniach z podniesioną ciepłotą między 90 a 96, później między 72 a 80. Potów przez cały czas nie stwierdzono.

Szpital opuściła chora 25. V. 1918.

7. Amalia M. lat 52, wyzn. rz.-kat., wdowa po urzędniku państwowym z Sarajewa, przyjęta na oddział 22. IX. 1917.

Wywiady: Choroba trwa 3 tygodnie; objawia się bolami kurczowymi w brzuchu i mierną biegunką (3—4 stolców dziennie). Wymiotów nie było. Z początku miała chora dość znaczną gorączkę, od kilku dni podnosi się ciepłota dopiero przed wieczorem.

Stan obecny: Wzrost średni, budowa ciała wątła, odżywienie podupadłe. Język bardzo mało obłożony, wilgotny. Narządy klatki piersiowej prawidłowe. Brzuch płaski. Śledziona daje się obmacać dopiero przy bardzo głębokim wdechu. Wątroba prawidłowych rozmiarów, nie bolesna. Stolec płynny, zmieszany z drobnemi grudkami stałego kału, nie zawiera śluzu ani krwi. Ciepłota ciała w dniu przyjęcia popołudniu 37·8°C. Tętno 86. W ciągu następnych 2 dni nieznaczny stan podgorączkowy pod wieczór, przez cały zresztą dzień prawidłowa ciepłota. Biegunka miernego stopnia trwała do 26. IX. Od 28. IX. zupełnie prawidłowy stolec. Śledziony nie można było wymacać już od 26. IX. Badanie bakteryologiczne kału nie wykazało jakichkolwiek chorobotwórczych bakteryi. Surowica krwi strącała prątki okrężnicy, wyhodowane z kału chorej, w rozcieńczeniu 1:800. Po ustąpieniu objawów jelitowych rychła poprawa odżywienia. Ze szpitala wypuszczono chorą 17. X.

Z pośród streszczonych wyżej spostrzeżeń przedstawiają dla nas dwa pierwsze największą wartość. W obu powiodło się wykazać we krwi obecność prątków okrężnicy, a tem samem uzyskać zupełnie pewne podstawy dla rozjaśnienia istoty zakażenia. W pozostałych przypadkach nie dały badania bakteryologiczne dodatnich wyników. Nie godzi się z tego bynajmniej wnosić, że krew nie zawierała w sobie w czasie choroby bakteryi Eschericha. Jest rzeczą aż nadto dobrze znaną, że w toku niektórych zwłaszcza chorób zakaźnych pojawiać się mogą zarazki tylko okresowo. Wynik badań bakteryologicznych zależy skutkiem tego do pewnego stopnia od przypadku, o ile chodzi o jednorazowe tylko badanie. W naszych przypadkach z ujemnym wynikiem należy mieć na uwadze i ten jeszcze szczegół, że chorzy znaleźli się na oddziale już w końcowym okresie choroby, a więc wtedy, kiedy we krwi wytworzyły się w dostatecznej ilości ciała ochronne. Utrzymywanie się w niej swoistych zarazków byłoby w tych warunkach czemś wprost nienaturalnem. Że zaś ciała takie we krwi chorych rzeczywiście się znajdowały, o tem świadczą wyniki badań serologicznych.

Zjawisko aglutynacyi posiewów prątka okrężnicy, uzyskanych z kału chorych, tłomaczyćby należało w ten sposób, że ten sam rodzaj, albo raczej ta sama odmiana bakteryi Eschericha była przyczyną choroby, a w dalszym ciągu może nawet wnosić, że punktem wyjścia zakażenia były wprost jelita chorych.

Wiemy, że ściany jelit nawet w zupełnie prawidłowych warunkach nie są bynajmniej nieprzepuszczalnym sączkiem dla bakteryi, że drobnoustroje w pewnych warunkach dostawać się mogą przez nie do naczyń i gruczołów chłonnych jamy brzusznej, a stąd i dalej jeszcze do przewodu piersiowego i do naczyń krwionośnych. Prątki okrężnicy nie stanowią niewątpliwie wyjątku. — Tego wszystkiego uczy nas medycyna doświadczalna i daje tem samem bardzo pożądane oparcie dla tłomaczenia zakażeń, w pierwszym rzędzie miejscowych, w dalszym także zakażeń powszechnych prątkami okrężnicy, żyjącymi w jelitach danych chorych. Wystarczy tylko wskazać na ten szczegół, że przenikanie bakteryi wzrasta niepomiernie, gdy błona śluzowa jelita nie jest więcej prawidłowa. Jeśli przytem ustrój stracił właściwą miarę odporności i nie może inwazyi znacznej ilości zarazków przeciwstawić doraźnie wzmożonych sił odpornych, rozwija się, jako skutek inwazyi, sprawy, samej w sobie bynajmniej jeszcze nie patologicznej, zakażenie krwi i choroba zakaźna. Taki zbieg okoliczności jest zawsze i wszędzie możliwy. Szczególnie łatwo o niego w warunkach, wytworzonych na polu higieny żywienia przez długotrwałą wojnę. Niedostateczne odżywianie się pewnych warstw ludności, zły dobór i zła jakość pokarmów, sprowadzać musiały mniej lub więcej znaczny upadek sił ustroju z jednej, bezpośrednie uszkodzenie narządu pokarmowego z drugiej strony. Tem też tłomaczyć należy, że ilość przypadków ostrych nieżytów żołądka i jelit wzrosła wśród wojny niepomiernie, że zagnieździły się wszędzie niemal rzadkie dawniej zachorzenia paratyfusowe.

Jeśli wglądniemy w warunki życia i w stan ogólny chorych, zajmujących nas w obecnem sprawozdaniu, to nie trudno przyjdzie poznać szczegóły, które pokazują, że u wszystkich istniały podstawy dla powstawania zakażenia przez własne prątki okrężnicy.

Pierwszy z naszych chorych przebywał, jako politycznie podejrzany, przez szereg miesięcy w więzieniu śledczem, w warunkach pod każdym względem niezbyt korzystnych; troje dzieci (przyp. 2, 5 i 6) pochodziło z warstw ludności, cierpiących znaczne braki wśród wojny. To samo odnosi się do przypadku

streszczonego na ostatniem miejscu. Nie lepiej stała sprawa u pozostałych dwojga chorych; o wszystkich zresztą zapisano wyraźnie w historyi chorób, że odżywienie ich było niedostateczne.

O wszystkich tych rzeczach wspominamy diatego, aby uzasadnić możliwość samozakażenia. Nie chcemy jednak przez to bynajmniej wykluczać drugiej ewentualności, t. zn. zakażenia przez prątki okrężnicy, które do narządu pokarmowego dostać się mogły z zewnątrz, z pożywieniem lub z wodą, i znalazłszy korzystne po temu warunki, wywołać ogólne zakażenie.

Rozstrzyganie o sposobie wnikania zarazków nie jest zresztą istotnym celem naszego krótkiego sprawozdania. Zależało nam przedewszystkiem na tem, aby przytoczyć przykłady ogólnego zakażenia prątkami Eschericha, przebiegającego wśród objawów, przypominających wcale dobrze t. zw. brzuszną postać paratyfusu w pojęciu Schottmüllera i zwrócić na nie powszechniejszą uwagę.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Minister zdrowia publicznego, doc. Dr Janiszewski, zwiedził celem osobistego zbadania epidemii duru plamistego szereg miejscowości, dotkniętych zaraza, jakoto: Wolbrom, Olkusz, Sławków, Bolesław, Sosnowiec, Dąbrowę, Będzin, Nowo-Radomsk i sąsiednią wieś Dziepulki, oraz Piotrków. W dwudniowej tej inspekcyi towarzyszył ministrowi referent Dr Zaorski.

— Otwarto w Warszawie fabrykę protez dla inwalidów, założoną przez Sekcyę opieki Ministerstwa wojny; kierunek lekarski ma objąć Dr Aleksiewicz ze Lwowa.

Kraków. Dr Maksymilian Blassberg nadesłał nam obszerniejsze pismo w sprawie stosunków sanitarnych w Krakowie, w którem podnosi konieczność oczyszczenia i uzdrowotnienia dzielnic najgęściej zamieszkałych, Kazimierza i Stradomia, otwarcia tam tanich łaźni i odwszawiarni, usunięcia szpitala zakaźnego ze środka miasta, stworzenia płatnych szpitali dla ludności zamożniejszej i rytualnego szpitala żydowskiego, powołania do miejskiej komisyi sanitarnej lekarzy praktykujących i wprowadzenia doniesień o usterkach sanitarnych.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego z udziałem zaproszonych gości odbędzie się **we środę d. 26. lutego 1919.** Na porządku dziennym wykład doc. Dr Eug. Piaseckiego: O wychowaniu fizycznem na Uniwersytecie.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 5 Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 50 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna Przewodniczący: Redaktor główny. Członkowie: Dr W. Damski, prezes Tow. lek. krak.; dr A. Akerman skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący **Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi** Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVIII. Kraków, 1. marca 1919 Nr. 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

†

PROFESOR BARANOWSKI

Być żywą i do końca nieosłabłą spójnią dwu epok, strażnikiem być świętych ogni i własnym je tchem podtrzymać w dusznej kaźni, dopóki się drzwi jej nie rozwarły, nie zwątpić, gdy zgasły wszelkie nadziei promienie i — doczekać zorzy wolności, jest to odebrać największą nagrodę za swe czyny, jaka może być na ziemi udziałem śmiertelnych.

Z tą nagrodą schodzi ze świata wielki lekarz, wielki nauczyciel, wielki obywatel, Ignacy Baranowski. I na tę nagrodę zasłużył.

Bo szczerą prawdą są piękne i gorące słowa, któremi na wieść o śmierci pamięć Jego uczczono*): »Schodzi z Nim do grobu półwiekowa przeszłość społeczeństwa polskiego w Królestwie. Nie był zwykłą jednostką, nie był nawet tylko znakomitym lekarzem, uczonym i profesorem — był wielkim i gorącym Polakiem, który wszystkie bóle narodu brał w swą pierś magnetycznie przez lat pięćdziesiąt, wszystkich prac narodowych był uczestnikiem i podporą, wszelkim prześladowaniom odważnie stawiał czoło, a radości zaznał w życiu tylko o tyle, o ile jej i naród zaznawał w tych najcięższych dla niego latach. Z Jego śmiercią przestało bić przedewszystkiem wielkie serce«.

Wielostronne i ogromne zasługi Profesora Baranowskiego miało społeczeństwo w pamięci, bo miało je ciągle przed oczyma, gdyż mimo bardzo sędziwego wieku, — umierając miał lat 85 — zachował Baranowski fenomenalną krzepkość i jasność umysłu i do ostatka żywo zajmując się sprawą publiczną, służył jej, jak tylko mógł. Toteż pięćdziesięciolecie profesury Baranowskiego w r. 1912, zbiegające się z pięćdziesiątą rocznicą otwarcia Szkoły Głównej, złączyło wszystkie koła społeczne w hołdzie dla Jubilata.

Wraz z całą Polską uchylamy czoła przed pamięcią wielkiego Polaka.

Ignacy Baranowski urodził się w Lublinie w r. 1833, studya lekarskie rozpoczął w Warszawie, a wskutek rozkazu carskiego musiał prowadzić je dalej w Dorpacie i tam też je ukończył w r. 1858. W tymże roku został ordynatorem szpitala św. Ducha w Warszawie. W r. 1859 wyjeżdżał na studya zagranicę. W r. 1862 został lekarzem szpitala Dzieciątka Jezus i profesorem-adjunktem kliniki terapeutycznej Szkoły Głównej. Po zamknięciu Szkoły Głównej wykładał w Uniwersytecie terapię ogólną i dyagnostykę lekarską. Drukiem ogłosił tylko niewiele prac z zakresu medycyny wewnętrznej i kilka rozpraw społeczno-higienicznych, natomiast, podobnie jak Chałubiński, działał przedewszystkiem na polu dydaktycznem, przyczem odznaczał go znakomity wykład, olbrzymia erudycya i ciągły postęp za zdobyczami nauki. Tę działalność dydaktyczną prowadził dalej wszelkimi sposobami, jakimi mógł rozporządzać, także i po wybalotowaniu przez profesorów-Rosyan z Wydziału i opuszczeniu katedry uniwersyteckiej.

W r. 1863 brał Profesor Baranowski w wypadkach politycznych znaczny udział, który wyświetlą pozostawione w rękopisie Jego pamiętniki; należał do tego obozu politycznego, co i Chałubiński. I wtedy i później, mając jako lekarz dostęp do ówczesnych wielkorządców moskiewskich, używał wszelkich wpływów dla dobra społeczeństwa, zawsze jak najszlachetniej. Znaczne swe dochody obracał prawie wyłącznie na cele narodowe, przedewszystkiem na oświatę i popieranie wiedzy. Łożył na wydawnictwa naukowe, jak »Ateneum«, i liczne popularne. Założył Towarzystwo naukowe warszawskie i hojnie je popierał. Ofiarował niedawno wielkie kwoty na armię polską i na inwalidów. Położył wielkie zasługi w sprawie walki z gruźlicą, nie szczędząc i tu ofiar. Sam żył bardzo skromnie, a niezmiernie pracowicie.

Wszystkie polskie korporacye naukowo-lekarskie ofiarowały Mu w hołdzie najwyższe odznaczenia, Wszechnice zaliczyły Go w poczet swych doktorów honorowych.

Zmarł d. 25. lutego 1919. C.

*) Bezimienny biograf w »Czasie« Nr 57. z 27. II. b. r.

Stan spółczesny chorób zakaźnych ostrych i metody ich zwalczania w Galicyi

napisał

Dr Adolf Kuhn,

krajowy inspektor sanitarny we Lwowie.

(Referat przygotowany na Zjazd w sprawie wyludnienia Polski, który się odbył 1. i 2. listopada 1918 w Warszawie[1]).

A. Zadaniem mojem byłoby w pierwszym rzędzie przedstawić stan chorób zakaźnych ostrych w Galicyi w latach wojennych i zbadać, czy i o ile one przyczyniły się w tym czasie do wyludnienia kraju. Należałoby w tym celu obliczyć odsetek śmiertelności i chorób zakaźnych ostrych w latach przedwojennych w stosunku do zaludnienia i takisam odsetek z lat wojennych; z porównania obu odsetków łatwo byłoby wysnuć odpowiedź na to pytanie. Ten ścisły sposób postępowania jest jednak niemożliwy, bo z lat wojennych nie mamy dotychczas ani ścisłej liczby zmarłych, ani ścisłej cyfry zaludnienia. To też stan rzeczy będą musiały ilustrować cyfry bezwzględne zmarłych z chorób zakaźnych na podstawie dość niepewnych podań zwierzchności gminnych i niewyczerpujących wykazów lekarskich. Liczby te, przybliżone i podobno za małe, zestawione z liczbami z lat poprzednich, mogą jednakże dać pewną oryentacyę co do roli, jaką odgrywały w ruchu ludności w latach wojny choroby zakaźne ostre. Zauważyć należy, że walor tych cyfr jest większy, aniżeliby był walor tych samych cyfr w latach przedwojennych, ponieważ odnoszą się do ludności niewątpliwie zmniejszonej. Dla uniknięcia nieporozumień podnoszę, że liczby, które przytoczę, nie obejmują wojskowych, jeńców wojennych, uchodźców i wysiedleńców i że odnoszą się do części kraju, w danej chwili wolnej od okupacyi nieprzyjaciela.

Zaczynam od cholery azyatyckiej. Choroba ta nawiedziła Galicyę w latach 1872 i 1873 w sposób nader gwałtowny; niestety liczb zmarłych w tych latach nie posiadam. Następnie pojawiła się w latach 1892—1896 i w tem pięcioleciu była przyczyną śmierci 9876 osób. Potem tylko w nielicznych przypadkach pojawiła się w latach 1905 i 1913.

W ostatnich trzech miesiącach r. 1914 wedle statystyki z 28 (na 84) powiatów kraju zachorowało na cholerę 1433, a zmarło 630 osób. W r. 1915 w 72 powiatach zapadło 28.597 osób, a zmarło 17.619. W r. 1916 zachorowało 27, a zmarło 16 osób. W r. 1917 cholera azyatycka nie pojawiła się w Galicyi. Wreszcie w r. 1918 w drugiej połowie sierpnia zaszło u ludności cywilnej 5 zachorowań (tego 3 zakończone śmiercią), a w październiku 1 przypadek śmierci.

Ospa jest tą chorobą zakaźną ostrą, która obok cholery największe straty nam przyniosła: w r. 1915 zmarło 5319 osób, w r. 1916 3611 osób, w r. 1917 3 osoby, a w r. 1918 do 28. XI. 462 osób. Bardzo znamienny jest spadek liczby zmarłych po dokonaniu szczepienia masowego, a następnie znowu wzrost wśród ludności, która powróciła w r. 1918 ze Wschodu, względnie nie była objęta powyższem szczepieniem. W ciągu lat 1895—1909 liczba zmarłych była największa w roku 1895 (1022), najmniejsza w r. 1909 (1).

Przebieg czerwonki w Galicyi jest bardzo interesujący. W czasie od r. 1875 do r. 1886 utrzymywała się liczba zmarłych na dość wysokim poziomie; szczyt osiągnęła w r. 1892, w którym zmarło 14.587 osób. Potem nastąpił dość nagły spadek (w r. 1893 5343), a szczególniej od r. 1896 liczba zmarłych spadała coraz niżej, tak, że n. p. w r. 1908 zmarło tylko 372 osób. W następujących potem latach cyfra ta miała skłonność do wzrostu, ale nie doszła nigdy wysoko. Podobnie, jak przyczyn poprzedniego spadku, tak i przyczyn następnego wzmożenia się czerwonki w kraju nie znamy. Podnieść należy, że w ósmem i dziewiątem dziesięcioleciu czerwonka występowała głównie w Galicyi wschodniej, ostatnie wzmożenie zaś dotyczyło Galicyi zachodniej.

W ostatnich trzech miesiącach r. 1914 wykazano w części kraju 63 przypadków śmierci, w r. 1915 1469, w r. 1916 367, w r. 1917 3855, w r. 1918 do 28. IX. 654. Liczba zmarłych z czerwonki w latach wojny nie była wprawdzie wielka, w każdym jednak razie w porównaniu z latami przedwojennemi znacznie wzrosła.

[1]) Referatu tego nie można było wygłosić na Zjeździe, ponieważ w czasie Zjazdu zaszły trudności połączenia między Lwowem a Warszawą.

Liczba zmarłych z duru plamistego wzrosła dość znacznie: w r. 1915 1335, gdy w latach 1895 do 1909 wahała się między 172 (1907), a 1088 (1895). Ale już w r. 1916 stwierdzamy spadek: 883, a jeszcze większy w r. 1917: 267. W r. 1918 znowu zwiększyła się liczba zmarłych (do 28. IX. 707) wraz z falą napływających ze wschodu mas ludności (uchodźcy, jeńcy, zakładnicy wojenni).

Liczba zmarłych z duru brzusznego w latach 1895 do 1909 wahała się rocznie między 1887 a 4654. W latach wojennych wykazano zmarłych: w ostatnich trzech miesiącach 1914 14, w r. 1915 1671, w r. 1916 598, w r. 1917 534, w r. 1918 do 28. IX. 416. Są to cyfry niespodziewanie małe.

Zmarłych z innych chorób zakaźnych ostrych, jak płonica i błonica, wykazano w latach wojennych bardzo mało, co (przynajmniej w części) należy przypisać temu, że te choroby stosunkowo rzadko były leczone względnie rozpoznawane przez lekarzy i rzadko również były przedmiotem dochodzeń urzędowo-lekarskich; — brak lekarzy był tu przyczyną niedostatecznej ewidencyi chorych i zmarłych.

Należy tu wreszcie wymienić grypę hiszpańską, która w ostatnich miesiącach nawiedziła pandemicznie całą Europę, a od połowy września także w Galicyi porywa liczne ofiary.

Na podstawie powyższych wywodów stwierdzam, że w latach wojennych zwiększyła się w porównaniu z okresem przed r. 1914 liczba zmarłych z cholery, ospy, czerwonki i duru plamistego, a nadto przybyła wydatna rubryka zmarłych z grypy hiszpańskiej. Jeżeli uwzględnimy, że podobnie, jak liczba zmarłych z powyższych chorób także liczba osób, które z tych chorób wyzdrowiały, w latach wojennych była większa, aniżeli przed wojną i że z pośród wyzdrowiałych zawsze pewien procent osób nie odzyskał pełnego zdrowia, to tem dobitniej zarysują się szkody, które poniosło nasze społeczeństwo przez choroby zakaźne ostre w latach wojny.

To, że choroby zakaźne ostre mimo tak długiego trwania wojny i mimo desperackich wprost stosunków mieszkaniowych w niektórych okolicach kraju i takichże stosunków żywnościowych w niektórych sferach ludności ani w przybliżeniu nie osiągnęły w czasie toczącej się wojny tak wysokich cyfr, jak w czasie poprzednich wojen (n. p. prusko-francuskiej w r. 1870 i rosyjsko-japońskiej w latach 1904 i 1905), zawdzięczamy najnowszej metodzie walki przeciw chorobom zakaźnym, bardzo celowej, a podyktowanej zdobyczami naukowemi ostatniej doby.

B. Przechodząc do drugiej części mojego referatu, t. j. do przedstawienia metod zwalczania chorób zakaźnych ostrych w Galicyi, muszę przedewszystkiem omówić podstawy ustawowe tej działalności. Wchodzą tu w rachubę państwowe ustawy austryackie, po części także ustawy krajowe.

I. Ustawa austryacka z r. 1870 o organizacyi publicznej służby zdrowia, obowiązująca dotąd w Galicyi, postanawia, że do administracyi państwa należy przestrzeganie ustaw o chorobach zaraźliwych, endemiach i epidemiach, tudzież kierownictwo szczepieniem ospy. Podnosi nadto ta ustawa, że na mocy ustaw gminnych do samoistnego zakresu działania gmin należy policya zdrowia, a między innemi przestrzeganie policyi sanitarnej co do mieszkań, wychodków, wód płynących i stojących, co do wody do picia i do użytku, również piecza o łatwość znalezienia pomocy w chorobie. W poruczonym zakresie działania należy do gminy »wykonywanie środków miejscowych dla zapobieżenia chorobom zakaźnym i ich rozszerzaniu się«, nadto »współudział przy wszelkich w obrębie gminy przez władzę polityczną przedsiębranych sanitarno-policyjnych oględzinach i komisyach, w szczególności zaś przy publicznem szczepieniu ospy«, wreszcie »peryodyczne składanie sprawozdań zdrowotnych władzy politycznej«.

Jak widzimy, na gminy złożono tak w »samoistnym« jak i w »poruczonym« zakresie działania bardzo znaczną część troski o zwalczanie chorób zakaźnych. Kierownictwo akcyi spoczywało w rękach starostw i magistratów miast z własnym statutem (Lwowa i Krakowa), wykonanie było rzeczą gmin.

W praktyce akcya była określona całym szeregiem zarządzeń ministeryalnych i namiestniczych, wywołanych zazwyczaj przez jakiś szczegółowy wypadek. Schemat walki przeciw chorobom zakaźnym budowano drogą doświadczalną. Niestety przy tej sposobności władze kierowały się nie tyle względami na szybkie opanowanie choroby zakaźnej, ile raczej względami biurokratycznymi, a głównie oszczędnością. I tak starano się poważnie o to, aby ograniczyć wyjazdy lekarzy powiatowych z powodu zwalczania chorób zakaźnych. Wedle okólnika Namiestnictwa z r. 1877, zwierzchności gminne miały donosić »o każdym pierwszym przypadku ospy rodzimej«; co do innych chorób za-

kaźnych starostwa miały pouczać gminy, »kiedy chorobę uważać należy za nagminną«. W r. 1878 polecono donosić także »o każdym pierwszym przypadku cholery«. Wedle okólnika z r. 1889 »jedynie na doniesienie zwierzchności gminnej lub żandarmeryi o wybuchu choroby zakaźnej wolno było delegować lekarza na miejsce dla sprawdzenia choroby; doniesienia zaś innych osób miały być zaraz przesłane zwierzchności gminnej do sprawozdania«. Tych przykładów dość, aby wykazać, jaki duch panował w sferach, kierujących akcyą zwalczania chorób zakaźnych.

Do chorób zakaźnych zaliczano: ospę prawdziwą, ospę wietrzną, płonicę, dur plamisty, dławiec i błonicę, cholerę azyatycką i przypadki podejrzane co do cholery, dur brzuszny, dur powrotny, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, gorączkę połogową, wąglik, nosaciznę, wodowstręt, odrę, krztusiec, grypę, jaglicę i śluzoropotok spojówek — ogółem 18 chorób.

Rozporządzeniem z r. 1887 wprowadzono w użycie parowe aparaty dezynfekcyjne, które bardzo zwolna pojawiały się tu i owdzie, a z reguły mało przynosiły pożytku, bo brak było wykształconej służby dezynfektorskiej.

W r. 1890 wprowadziło Namiestnictwo galicyjskie w porozumieniu z Wydziałem krajowym szczepienie ochronne przeciw ospie krowianką i wydało normy szczepienia, którym zawdzięczamy dobry stan szczepienia w kraju i bardzo wydatny spadek liczby zachorowań i śmierci na ospę, począwszy od roku 1895.

Ustawa krajowa o urządzeniu służby zdrowia w gminach i obszarach dworskich, wprowadzająca instytucyę lekarzy gminnych i okręgowych, z r. 1891, zmieniona nieco w r. 1907, postanawia, że lekarz gminny i okręgowy mają »interweniować wcześnie i roztropnie w razie wybuchu jakiejkolwiek choroby zakaźnej«. Sposób tej interwencyi jest szczegółowo opisany. Ustawa ta przysporzyła nam sił do walki przeciw chorobom zakaźnym przez to, że gęściej rozdzieliła lekarzy po kraju, stwarzając dla nich posady, przynoszące niezłe dochody w takich miejscowościach, gdzie poprzednio nigdy lekarza nie było. Przez to oczywiście rozpoznanie chorób zakaźnych i wydanie zarządzeń ochronnych mogło być rychlejsze, a skutek pewniejszy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Leczenie surowicami i szczepionkami bakteryjnemi.

Sprawozdanie poglądowe.

Podał Prym. Dr **Antoni Krokiewicz.**

(Ciąg dalszy).

II. Antytyreoidyna Möbiusa. Möbius w r. 1886 wypowiedział teoryę, że chorobę Basedowa wywołują nadmierne wydzieliny, wytwarzane przez powiększoną tarczycę i zatruwające ustrój, wskazał też na przeciwieństwo przy chorobie Basedowa, a przy charłactwie wskutek obrzęku śluzowatego, spowodowanego przez zanik lub wyjęcie tarczycy (myxoedema, cachexia strumipriva). Ballet i Enriquez leczyli skutecznie chorych na chorobę Basedowa zapomocą surowicy psów, pozbawionych tarczycy, a Lanz zapomocą mleka kóz, pozbawionych tarczycy. Burghart ogłosił w r. 1889 wyniki leczenia chorych na chorobę Basedowa wyciągiem soli kuchennej z krwi chorej na obrzęk śluzowaty i z krwi psów, które po wyłuszczeniu tarczycy popadły w tężyczkę. W r. 1901 podaje Möbius swe wyniki leczenia chorych na chorobę Basedowa surowicą jagniąt pozbawionych tarczycy, sporządzoną w pracowni Mercka. Idea Möbiusa przodowała we wszystkich doświadczeniach, t. j. idea, że do krwi chorych, u których znajduje się powiększona tarczyca lub gdzie jej brak (czyto wskutek zaniku czy też wskutek wyłuszczenia) przedostają się ciała trujące, które się wzajemnie zobojętniają. Enriquez i Ballet, Burghart, którzy używali krwi zwierząt mięsożernych, zapadających na tężyczkę (psów), uważali te ciała za jady. Inaczej Lanz i Möbius. Badacze ci, używając krwi zwierząt roślinożernych, t. j. kóz i jagniąt (nie ulegających tężyczce po wyłuszczeniu tarczycy) utrzymują, że u tych zwierząt po wyłuszczeniu tarczycy i po przedostaniu się odpowiednich jadów do krwi, wytwarzają się w tejże krwi ciała o charakterze antytoksyn, nie posiadające własności trujących, lecz zdolne zobojętniać jady, krążące we krwi dotkniętych chorobą Basedowa.

Zapatrywanie Möbiusa wskazuje na istotny postęp, gdyż z jednej strony fabryczne wyrabianie odpowiedniej surowicy z krwi psów napotyka na wielkie trudności, a z drugiej strony wiadomą jest rzeczą, że wszystkie ciała antytoksynowe wprawdzie znajdują się też i w mleku, ale w słabszem o wiele zagęszczeniu, niż w surowicy krwi.

Jeśli to teoretyczne zapatrywanie Möbiusa jest słuszne, to nadmierne karmienie tarczycą musi wywołać zbiór objawów choroby Basedowa. Murray i wielu innych stwierdziło, że przy nadmiernem podawaniu przetworów tarczycy u chorych na obrzęk śluzowaty i u zdrowych wywołuje się przyspieszenie tętna, drżączkę, bóle głowy, poty, gorączkę i t. d. W najnowszych czasach Beebe wykazał to doświadczalnie i wywołał u zwierząt przez nadmierne karmienie tarczycą objawy choroby Basedowa, jak wysadzenie gałek ocznych, przyspieszoną czynność serca, drżączkę, zaburzenia żołądkowojelitowe, obfite poty, podniesienie ciepłoty ciała, znaczny nagły ubytek wagi ciała. Dowodzi to, że choroba Basedowa powstaje wskutek nadmiernego wydzielania tarczycy i że toksyny, przez to nadmierne wydzielanie wytworzone w ustroju, mogą być przez odpowiednie antytoksyny zobojętnione i zniweczone. Te antytoksyny znajdują się w surowicy krwi zwierząt, pozbawionych tarczycy. Merck w myśl Möbiusa wyrabia tę surowicę antytoksynową, t. zw. antytyreoidynę. Wyrabia ją z krwi jagniąt, pozbawionych tarczycy i przechowuje z dodatkiem 0·5% kwasu karbolowego.

Zastosowanie surowicy Möbiusa daje korzystne wyniki lecznicze. Najlepiej podawać ją wewnętrznie (per os). Wkrótce po jej zastosowaniu zauważył Möbius mięknienie i zmniejszanie się wola, ogólną poprawę, zwolnienie tętna, ustanie drżenia, pomniejszanie się objętości szyi. Potwierdzają to: Schultes, Rosenfeld, Jesionek, Idemans, Boerma, Beck, Dürig, Hempel i w. in. Eulenburg zaleca stopniować dawki. Poczyna 3 razy dnia od 10—15 kropli i wzmaga codziennie każdą dawkę o 5 kropli, dopóki nie dojdzie na dzień do 90—100 kropli, potem zmniejsza je w tym samym stosunku. Zwykle trzeba wyżyć 6—10 flaszeczek. Często mniejsze ilości wystarczają, ale wydarza się i przeciwnie. To też, jeżeli nie osiąga się zrazu skutecznego wyniku, to wskazane jest podjąć na nowo leczenie surowicą po pewnej przerwie. Niektórzy podają antytyreoidynę równie skutecznie przez odbytnicę. We wszystkich przypadkach stosowania antytyreoidyny poprawia się znacznie ogólny stan zdrowia; chorzy stają się bardziej ożywieni i wracają chętnie do czynności zawodowych. Zazwyczaj wkrótce zmniejsza się u nich obwód szyi, ilość tętna i oddechów, ustępuje wysadzenie gałek ocznych, znikają poty, podnosi się waga ciała i polepsza ogólne wejrzenie. Przy użyciu antytyreoidyny niema żadnych przypadów ubocznych. Niektórzy, jak Devic i Gardère, polecają wstrzykiwania podskórne surowicy Möbiusa obok dyety i zażywania wewnętrznie arsenu. Alexander zaleca antytyreoidynę w połączeniu z leczeniem kąpielowem w Nauheim. Korzystne wyniki podają: Holst, Schiller, Watermann, Kopystyński, Lepine i t. d. Krecke uważa antytyreoidynę Möbiusa za środek rozpoznawczy, czy w danym przypadku przypadłości sercowe są z powodu choroby Basedowa, czy też z powodu wady organicznej serca. W przypadkach wady organicznej serca działanie surowicy zawodzi. Röhmheld i Konried zachwalają surowicę Möbiusa, jako środek leczniczy przy objawach Basedowa na tle zatrucia jodem (Jod-Basedow).

Nie można rozstrzygnąć, czy działanie antytyreoidyny jest przyczynowe, czy też tylko objawowe. Pewnem jest na podstawie rozległego odnośnego piśmiennictwa, iż surowica Möbiusa wpływa korzystnie na każdy z poszczególnych objawów Basedowa i że pod jej działaniem nietylko następuje wybitna poprawa podmiotowa, ale i przedmiotowa. Wolf radzi zawsze stosować surowicę Möbiusa, zanim przystąpi się do operacyi. Hoffmann poleca antytyreoidynę przy zmięknieniu kości. Utrzymuje on, że równie, jak przy chorobie Basedowa, tak przy zmięknieniu kości istnieje względna niedomoga nadnerczy i dlatego użycie surowicy Möbiusa z powodu zawartości skutecznego czynnika nadnerczy musi być korzystne. Podaje on początkowo co dwa dni 3 razy dziennie po 30 kropli surowicy, potem czyni przerwę kilkudniową i znów podaje surowicę, aż do ogólnej ilości 60 cm sz. Po przerwie następnie 5-dniowej ewentualnie jeszcze stosuje surowicę aż do ogólnej ilości 120 cm. Lorand stosował antytyreoidynę w cukrzycy obok wody karlsbadzkiej; Erben podawał ją stopniowo w codziennych dawkach od 5—15 kropli. Merck wyrabia surowicę Möbiusa suchą w kołaczykach (tabletkach). W każdej tabletce znajduje się 0·5 cm sz., to jest

10 kropli surowicy; są one bez smaku i nie psują się. Podaje się je w 1. i 2. dniu 3—4 razy dnia po 1 tabletce, w 3. i 4. dniu 3 razy po 2 tabletki, w 5. i 6. dniu 4 razy po 2 tabletki, w 7. i 8. dniu 5 razy po 2 tabletki. Po 2-dniowej przerwie, a więc 11. dnia, obniża się codziennie ilość tabletek. Jeśli wynik niezupełny, to przez dłuższy czas należy podawać mniejsze dawki, a względnie później je wzmagać. Galli-Valerio i Rochaz radzą tylko płynną surowicę. Zachodzi pytanie, czy lepiej używać w przypadkach choroby Basedowa surowicy Möbiusa, czy też mleka kóz, pozbawionych tarczycy. Otóż mleko takich kóz jest bardzo kosztowne i zawiera mniej skutecznych istot, niż surowica Möbiusa. Edmund radzi używać surowicy Möbiusa, a wartość dyetetyczną mleka zastąpić dobrem mlekiem krowiem.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 26. II. posiedzenie, na którem prof. Ciechanowski przedstawił preparaty z nabłoniaka kosmówki, a Dr Radwańska przebieg kliniczny tego przypadku, poczem doc. Dr Piasecki miał wykład: O wychowaniu fizycznem na uniwersytecie. W dyskusyi przemawiali: kol. Ciechanowski, Frączkiewicz, oraz przedstawiciele Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych, prof. Dr Kielski i prof. Dr Dawidowski i Towarzystwa gimnastycznego »Sokół«, p. Bobilewicz, wreszcie prelegent.

Warszawa. Stowarzyszenie lekarzy polskich postanowiło przy nadchodzących wyborach do Rady miejskiej polecić 8 lekarzy, jako kandydatów, znających sprawy szpitalnictwa i higieny publicznej, a tym kandydatom samym pozostawić wybór listy, na której chcą kandydować. (Gaz. lek. 8). Przykład godzien naśladowania.

— Dr Kazimierz Zieliński został mianowany lekarzem naczelnym szpitala Przemienienia Pańskiego na Pradze.

— Prezesem Towarzystwa okulistycznego wybrany został ponownie Dr B. Gepner, wiceprzewodniczącą Dr Matusewiczówna.

— Pierwszy szpital »Białego krzyża« dla rannych żołnierzy polskich otwarto 16. b. m. (Gaz. lek. 8).

— Dur plamisty szerzy się dalej gwałtownie w Warszawie; w drugim tygodniu lutego doniesiono o 217 zachorowaniach na tę chorobę, a 28 na wszystkie inne choroby zakaźne, razem wzięte. (Gaz. lek. 8).

— Organ Warszawskiego Towarzystwa higienicznego »Zdrowie« podpisuje od Nr 1. roku bieżącego »za redaktora« prezes Towarzystwa, Dr Józef Polak.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

L. 201/19.

KONKURS

Zarząd gminy miasta Gródka Jagiellońskiego rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego w Gródku Jag. z roczną płacą 1600 koron i trzema pięcioleciami po 200 koron oraz dodatkiem drożyźnianym na czas wojny w wysokości 75% od płacy, z terminem do wnoszenia podań do 15. III. b. r. włącznie.

Do podań należy dołączyć: 247

1) metrykę urodzin, wykazującą nieprzekroczony 40 rok życia,

2) prawo obywatelstwa w Państwie Polskiem,

3) dyplom doktora wszech nauk lekarskich uprawniający do praktyki lekarskiej w kraju,

4) świadectwo z odbytej dwuletniej praktyki przy szpitalu publicznym.

Wymaganą jest dokładna znajomość obu języków krajowych w słowie i piśmie.

Porada lekarska dla miejskich urzędników i sług oraz ubogich bezpłatnie.

Posada nadaną będzie na jeden rok prowizorycznie, a po upływie tego czasu w razie zadawalniającej służby może nastąpić ustalenie na tejże.

Komisarz rządowy

Rosołowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego

Nr 10. Kraków, 8 marca 1919 Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2 Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 50 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LVIII. Kraków. 8 marca 1919 Nr. 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Stan spółczesny chorób zakaźnych ostrych i metody ich zwalczania w Galicyi

napisał

Dr Adolf Kuhn,

krajowy inspektor sanitarny we Lwowie.

(Referat przygotowany na Zjazd w sprawie wyludnienia Polski, który się odbył 1. i 2. listopada 1918 w Warszawie).

(Ciąg dalszy).

Od r. 1896, a jeszcze wybitniej od r. 1900 spostrzega się wyraźny spadek liczby zmarłych z chorób zakaźnych ostrych; ile z tej poprawy stosunków należy położyć na rzecz w tym czasie stopniowo przybywających lekarzy okręgowych, a ile na rzecz innych czynników równocześnie działających, trudno rozstrzygnąć.

Wreszcie w r. 1913 weszła w życie państwowa ustawa o zapobieganiu chorobom zaraźliwym i o ich zwalczaniu. Ustawa ta, oparta na zdobyczach naukowych ostatniej doby, daje prawie skończony schemat nowoczesnej walki przeciw chorobom zakaźnym. Nowa ustawa wprowadziła przepisy ustawowe w miejsce rozproszonych poprzednio zarządzeń władz, wyrugowała pojęcie t. zw. epidemii i przepisała wdrożenie zwalczania choroby zakaźnej zaraz przy pojawieniu się pierwszego jej przypadku, unormowała obowiązek donoszenia tudzież kompetencyę władz państwowych i samorządnych, stworzyła sankcyę karną co do przekroczeń w zakresie zwalczania chorób zakaźnych. Ustawa nałożyła na skarb państwa obowiązek ponoszenia pewnej części kosztów zwalczania chorób zakaźnych, między innymi kosztów odosobnienia osób podejrzanych o zarażenie, oraz obowiązek wypłacania odszkodowań za przedmioty uszkodzone lub zniszczone przy odkażaniu i wynagrodzeń za utratę zarobku. Natomiast pozostawiono gminom obowiązek opłacania kosztów odosobnienia, żywienia i leczenia osób chorych na choroby zakaźne, tudzież kosztów odkażania. Gminy niezasobne, szczególniej w powiatach granicznych, mogą uzyskać ze skarbu Państwa zasiłek w wysokości conajmniej połowy wydatków, poniesionych na odosobnienie chorych i odkażenie.

Jak już wspomniano, ustawa przyznaje wynagrodzenie za stratę zarobku dla osób niezasobnych, które odosobniono, ale otacza spełnienie tego dobrodziejstwa takim wałem biurokratycznym, że dobry zamiar staje się prawie niewykonalnym.

Lekarzom, tudzież osobom zajmującym się pielęgnowaniem chorych, przewożeniem chorych i odkażaniem, zatrudnionym przy zwalczaniu chorób zakaźnych, jeżeli stracą zdolność do zarobkowania, jakoteż ich rodzinom, zapewnia ustawa pobory emerytalne względnie zaopatrzenie.

Przepisy ustawy z r. 1913 odnoszą się do następujących chorób zakaźnych: płonica, błonica, dur brzuszny, czerwonka, nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, gorączka połogowa, dur plamisty, ospa, cholera azyatycka, dżuma, dur powrotny, trąd, jaglica, żółta febra, wąglik, nosacizna, wścieklizna oraz ukąszenia przez zwierzęta chore na wściekliznę lub podejrzane. Również o każdem podejrzeniu co do powyższych chorób (z wyjątkiem gorączki połogowej) ma być uczynione doniesienie. Od grudnia r. 1917 stosuje się ta ustawa w ograniczonej mierze także do zimnicy. Z chorób, co do których poprzednio wprowadzano postępowanie przeciwepidemiczne, opuszczono: odrę, krztusiec i grypę.

II. A teraz, jak się przedstawia u nas zwalczanie chorób zakaźnych ostrych w praktyce? Przejdę pokrótce historyę tej sprawy, gdyż przy tem będę miał sposobność zwrócić uwagę na niektóre szczegóły bardzo doniosłe.

Zaczynam od okresu między r. 1870 a 1893. Gdy starostwo otrzymało doniesienie zwierzchności gminnej lub żandarmeryi o wybuchu epidemii, delegowano na koszt Państwa lekarzy, z reguły państwowych, w dojazdach tygodniowych. Ci »lekarze delegowani« spełniali niezmiernie trudną i niewdzięczną pracę — niby komendanci bez armii — z reguły bez niższych organów sanitarnych, bo tylko w mieście Lwowie i Krakowie i niektórych większych miastach prowincyonalnych takie organa istniały. Praca tych lekarzy polegała na klinicznem rozpoznaniu choroby, przepisaniu leków (ubogim na koszt wspólny funduszu państwowego i krajowego) i na wydaniu zarządzeń ochronnych, których wykonania dopilnować miał naczelnik gminy. Zarządzenia ochronne ograniczały się na oznaczaniu domu zakażonego, zabronieniu odwiedzania go przez osoby obce i zakazie wydalania się z domu osób, bezpośrednio z chorym się stykających. W ten sposób, jak się to nazywało, »izolowano domy zakażone«, stawiając niekiedy straże, rekrutujące się z mieszkańców gminy, pozostawiając zresztą chorego wraz z współmieszkańcami w domu zakażonym i wyczekując spokojnie, dopóki wszyscy mieszkańcy domu nie przebędą danej choroby zakaźnej. Odkażenie w czasie choroby było pozostawione otoczeniu chorego, a było dokonywane zapomocą rozczynu kwasu karbolowego (dostarczanego przez gminę) i wygotowania. Odkażenie końcowe, za wskazówkami lekarza delegowanego, a pod nadzorem funkcyonaryusza policyi miejscowej, odbywało się zapomocą bielenia, szorowania ługiem, wietrzenia, trzepania i wystawiania rzeczy na działanie słońca. Wykonawcami byli zazwyczaj członkowie rodziny chorego. O kąpieli ozdrowieńców i o odkażeniu parą tylko w rzadkich przypadkach można było myśleć; dopiero w ostatnich latach tego okresu zwolna zaczęto zakupywać parowe przyrządy dezynfekcyjne, częścią stałe, częścią przenośne.

Jedną z ważnych przeszkód do skutecznego zwalczania chorób zakaźnych było tajenie zachorowań przez ludność, wynikające z obawy przed zarządzeniami władzy, ograniczającemi swobodę ruchu osób chorych i otoczenia. Jak później wykażę, znalazły się sposoby usunięcia tej nieufności.

Od r. 1893 postępowanie przy zwalczaniu cholery azyatyckiej wniosło nowego ducha w tę pracę. Przedewszystkiem przekonano się, że nie wolno szczędzić pieniędzy, jeśli się chce prowadzić skutecznie walkę przeciw chorobom zakaźnym. W poszczególnych ogniskach cholery ustanawiano (eksponowano) osobnych lekarzy, jako t. zw. — sit venia titulo — lekarzy cholerycznych. Lekarze ci przybierali sobie sanitaryuszy (pomocników do dezynfekcyi) z sił miejscowych, a starostwo delegowało żandarmów do nadzorowania gminnych organów wykonawczych. Oczywiście był to postęp olbrzymi, bo lekarz, stale w miejscowości przebywający, mógł być przy każdem zachorowaniu od samego początku i zarządzić w chwili najwłaściwszej potrzebne środki ostrożności, których wykonanie poruczał sanitaryuszowi, a nadzór żandarmowi. Przy tej sposobności lekarze choleryczni wykształcili cały szereg pomocników dezynfektorskich, którzy i później byli przydatni.

Ocena skutków akcyi lekarzy eksponowanych w czasie cholery w latach 1892—1894, sprawiła, że później mniej szczę-

dzono na częstsze dojazdy lekarzy delegowanych do gmin i zarządzano dojazdy dwukrotne w tygodniu zamiast raz na tydzień, a czyniono to szczególniej przy epidemiach duru plamistego i błonicy.

Ważną bardzo innowacyą w czasach zwalczania cholery było wypłacanie odszkodowań za odzież zniszczoną (spaloną) przy odkażaniu, tudzież wspomaganie niezasobnych rodzin, nawiedzonych chorobą, przez udzielanie żywności.

Z czasów cholery także pozostały w wielu gminach lokale izolacyjne, przeznaczone do odosobnienia chorych, jednakże tylko w nielicznych przypadkach dbano o ich utrzymanie; jeszcze rzadziej używano tych domów, gdyż wobec prawie powszechnej niechęci ludności wiejskiej do leczenia szpitalnego tylko wyjątkowo udało się umieścić chorego w takim domu, i to tylko wtedy, jeżeli to był człowiek obcy, nie mający krewnych na miejscu. Domy izolacyjne tylko w niektórych większych gminach miejskich oddawały usługi.

Dalszym postępem w walce przeciw chorobom zakaźnym było wprowadzenie leczenia błonicy wstrzykiwaniami surowicy, które rozpoczęto stosować w r. 1894. Ludność, z początku dość opornie się zachowująca, skoro spostrzegła dobre wyniki, poczęła żądać natarczywie przybycia lekarza do błonicy nawet w takich gminach, gdzie poprzednio ukrywano chorych przed lekarzami delegowanymi. Działo się to następnie nietylko w epidemiach błonicy, ale także w innych chorobach zakaźnych złamała się nieufność ludności do lekarzy zjeżdżających z powodu epidemii. Tą drogą uzyskano poprawę pod względem donoszenia o przypadkach chorób zakaźnych, a także co do spełniania poleceń lekarzy delegowanych.

W r. 1898 rozpoczęło się używanie formalinowych przyrządów dezynfekcyjnych, z początku przez czas krótki przyrządów Scheringa z tabletkami formaldehydu, później i daleko znaczniej przyrządów rozpylających formalinę z parą wodną rozmaitych konstrukcyi: Flüggego, Lingnera, Baumanna, Zarewicza i t. d. Nie dlatego o tem wspominam, abym zastosowaniu dezynfekcyi formaldehydem w tej formie przypisywał jakieś szczególnie doniosłe znaczenie w zwalczaniu chorób zakaźnych (bo działanie formaliny jest powierzchowne, a działanie jej w przestrzeni małego znaczenia), ale dlatego, że do tego odkażania formaliną ludność łatwo się przyzwyczaiła i poczęła uważać odkażanie wogóle za »malum« wprawdzie, ale »necessarium«. Znaczenie więc tej nowej zdobyczy było niejako wychowawcze.

Dalszym nader ważnym czynnikiem postępu na polu zwalczania chorób zakaźnych były kursa dla pomocników dezynfektorskich, które rozpoczęto w r. 1903 dzięki inicyatywie fizyka m. Lwowa Dr Legeżyńskiego. Dotychczas odbyło się 9 takich kursów we Lwowie. Kształcono kandydatów, wysłanych przez gminy prawie z całego kraju (ściśle: z 49 powiatów oraz z miast Lwowa i Krakowa), jakoteż żandarmów, przeznaczonych przez komendę. Po zapoznaniu pokrótce i w grubych zarysach z istotą chorób zakaźnych i z teoryą ich zwalczania ćwiczono kandydatów praktycznie we wszystkich sposobach odkażania, uwzględniając odkażenie rozmaitych przedmioiów w rozmaitych warunkach, poczem poddawano ich egzaminowi i wydawano należycie przygotowanym świadectwa. W ten sposób wykształcono 313 pomocników dezynfektorskich cywilnych i 845 żandarmów. Jedni i drudzy oddawali następnie nieocenione usługi przy zwalczaniu chorób zakaźnych.

Podobne dwa kursa urządził fizykat m. Krakowa w r. 1915 dla 28 kandydatów z m. Krakowa tudzież z powiatów krakowskiego, podgórskiego i wielickiego. Wreszcie w r. 1916 odbył się w Przemyślu kurs dla niższej służby sanitarnej staraniem krajowej Komisyi opieki nad inwalidami wojennymi; kurs ten ukończyło 18 inwalidów z Galicyi.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Leczenie surowicami i szczepionkami bakteryjnemi.

Sprawozdanie poglądowe.

Podał Prym. **Dr Antoni Krokiewicz**.

(Ciąg dalszy).

III. Surowica choleryczna. Chociaż przebieg gwałtowny i zejście śmiertelne w cholerze azyatyckiej odnieść należy do działania toksyn krętków cholerycznych, uodparnianie bierne chorych na cholerę napotyka na wielkie trudności. Z jednej strony przebieg choroby jest nadzwyczaj szybki, a z drugiej strony udaje się z trudnością otrzymać surowicę leczniczą, któraby miała tyle ciał ochronnych, aby znaczną ilość szybko wytworzonych toksyn (endo- i ektotoksyny) cholerycznych zobojętnić. Dla leczenia cholery wskazana jest koniecznie surowica antytoksyczna, gdyż wogóle mało się można spodziewać od surowic bakteryolitycznych. Przez wstrzykiwanie zwierzęciu prątków cholerycznych żywych lub zabitych wytwarza się tylko surowica bakteryolityczna i aglutynacyjna, a nie antytoksyczna. Surowica dotychczasowa przeciwcholeryczna nie zyskała uznania leczniczego. Więcej uznania zyskało czynne uodpornianie, t. j. szczepienie hodowlami żywych lub obumarłych bakteryi cholerycznych, jak to na większą skalę wykonywali Ferran i Haffkine, a naukowo uzasadnili Pfeiffer i Kolle. Kraus w ostatnich czasach zajmował się wytwarzaniem i badaniem antytoksyny cholerycznej i wykazał, że tylko surowica zawierająca antytoksyny może stanowić środek leczniczy, natomiast surowica zawierająca bakteryolizyny jest bezskuteczna. Surowica Krausa zawiera równocześnie antytoksyny i bateryolizyny. Jegunoff wstrzykiwał chorym do żyły łokciowej w całości od 100—700 cm³ surowicy Krausa w roztworze 500—700 cm sz. soli kuchennej. Wyniki jednak były nie bardzo zachęcające, co i inni lekarze petersburscy potwierdzają.

IV. Surowica przeciwbłonicza. Leczenie błonicy surowicą polega na doświadczeniu, że prątki Löfflera w czasie rozwoju wytwarzają toksynę, która wywołuje ciężkie ogólne przypady chorobowe, jak porażenia, posocznicę, (zatrucia), zwyrodnienia narządów i t. d. Zwalczanie tej choroby polega na zwalczaniu działania toksyny i dlatego wstrzykuje się podskórnie choremu odpowiednio otrzymaną surowicę z antytoksynami, aby toksynę związać (nietylko dla celów leczniczych, ale i zapobiegawczych). Antytoksynę otrzymuje się obecnie tylko z krwi koni, które zatruwa się zwolna coraz większemi dawkami jadu błoniczego. Ilość wytworzonej antytoksyny zależy nie tyle od ilości wstrzykniętego jadu błoniczego, ale głównie od indywidualności zwierzęcia, tak, że surowica konia, któremu wstrzyknięto w całości 1000 cm sz. jadu błoniczego, może być słabszą, niż surowica innego konia, któremu tylko 250 cm sz. jadu wstrzyknięto. Proces przy uodparnianiu jadem błoniczym został najpierw wyświetlony przez Behringa i Wernickego (1892); sprawa jednak leczenia surowicą została posunięta naprzód dopiero przez pracę Ehrlicha, Deausa i Atkinsona, którzy dla leczenia błonicy zalecili wysoko zagęszczone surowice (rozczyny antytoksyn). Siłę surowicy przeciwbłoniczej oznacza się przez jednostki odporności, wprowadzone przez Behringa i Ehrlicha i przez wszystkich uznane prócz szkoły francuskiej. Przez jednostkę odporności (I. E.) rozumie się tę ilość antytoksyny, która wystarcza, aby świnkę morską, ważącą 250 gr., ochronić przed 100-krotnie śmiertelną dawką czystego jadu błoniczego. Jeżeli ta jednostka odporności znajduje się w 1 cm sz. surowicy, to ta surowica zwie się normalną; jeśli znajduje w 0·01 cm sz. surowicy, to ta surowica zowie się stokrotną. Stokrotna surowica zatem zawiera w 1 cm sz. 100 jednostek odporności 500-krotna zawiera 500; 1000-krotna zawiera 1000 jednostek odporności; 2000 jednostek odporności zawiera 2 cm sz. surowicy 1000-krotnej lub 4 cm sz. 500-krotnej lub 20 cm sz. 100-krotnej surowicy i t. d. Cena surowicy leczniczej zależy też nie od ilości cm sz., lecz od zawartości jednostek odporności. Surowica Behringa pozostaje pod kontrolą państwową Instytutu dla terapii doświadczalnej we Frankfurcie nad Menem. Tam bada się surowicę co do czystości, wyjałowienia, sposobu działania. Surowica może być przechowywana bez zmiany w odpowiednich warunkach, t. j. w chłodzie i ciemni nawet przez 3 lata. Co najwyżej występuje w niej na dnie lekki osad białka karbolowego z powodu zawartości $^{1}/_{2}\%$ karbolu; nie może okazywać żadnego obłoczkowatego zmętnienia. Każde opakowanie opatrzone jest numerem kontrolnym.

Aby chronić zdrowe dzieci od zakażenia, wstrzykuje się podskórnie 600 I. E. i powtarza tę dawkę po 2 tygodniach. W podejrzanych przypadkach choroby wstrzykuje się zaraz 1500, a w ciężkich 2000 I. E., bo surowica naówczas nigdy nie szkodzi, lecz tem pewniej działa, im rychlej jest wstrzyknięta. W bardzo ciężkich przypadkach po 12—24 godzinach powtórnie można wstrzyknąć 2.000—3000 I. E. Wstrzykuje się wśród ostrożności przeciwgnilnych podskórnie między łopatkami lub w okolicę uda. W przypadkach niepowikłanych surowica działa w 24 godzinach; ciepłota i tętno wraca do stanu prawidłowego i nie dochodzi do zapadu. Jeśli po dobie niema polepszenia, należy powtórzyć wstrzyknięcie. Przy zajęciu krtani zaraz po wstrzy-

knięciu surowicy oddzielają się błony i ustępują przypady duszenia. I przy tracheotomii należy wstrzykiwać surowicę. Bardzo ładne wyniki osiąga się zapomocą surowicy przy błonicy nosa, pochwy i spojówki.

W przypadkach zapóźnionych Cairus wstrzykiwał z wynikiem korzystnym do żył łokciowych 20.000—80 000 I. E. surowicy. Potwierdzają to: Mery, Berghaus, Schreiber, Beyer, Sittler, Weill, Parturier, Netter. Schreiber wstrzyknął śródżylnie u dziecka 12-letniego i 5 letniego po 6000 I. E. z wynikiem korzystnym. Działanie było szybsze, niż po wstrzyknięciu podskórnem. Piśmiennictwo co do skuteczności surowicy Behringa jest bardzo rozległe.

Czasem surowica przeciwbłonicza zawodzi, a sprawą tą zajmował się Uffenheimer w Monachium. Wydarza się to u dzieci, które przebyły już odrę lub płonicę lub podczas tych chorób. Według Uffenheimera polega to na tem, że do wytwarzania toksyny błoniczej należy używać odpowiednich szczepów bakteryi błoniczych. Dotychczas używano do wytwarzania surowicy jednego stale oznaczonego szczepu i następnie z tegoż przeszczepianych hodowli. Zachodzi pytanie, czy z biegiem lat nie wytwarzają się zmiany w składzie toksyny tego szczepu. Dla rozstrzygnięcia tego wymaga Uffenheimer, aby hodować prątki szczepów błoniczych od tych chorych, u których surowica nie działa; badać ich wydatność jadu, oznaczać jakość i działanie na nie używanej surowicy leczniczej i porównywać z hodowlą macierzystą, używaną do wytworzenia surowicy leczniczej. Jeżeli tą drogą nie uzyska się wyjaśnienia, to odnieść należy przyczynę ewentualnej bezskuteczności surowicy leczniczej i do stopnia chłonienia (Aviditát) surowicy antytoksycznej, t. j. że wartość lecznicza surowicy zależy nietylko od ilości zawartych antytoksyn, ale i od własności, która usposabia antytoksyny do łączenia się luźniejszego lub ściślejszego w jednostce czasu z toksynami lub wpływa na połączenie się toksyn z tkankami. Wartość lecznicza surowicy zależałaby nietylko od ilości antytoksyn, ale i od siły i od zdolności pochłonienia.

Surowicę Behringa stosowano i w innych chorobach. Tarnowsky poleca ją w ozenie; Gilbert w krztuścu, Feinsinger w czerwonce; Lemoine i Gaehlinger w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych (w całości do opon wstrzykuje 90 cm sz.); Ruiz w dychawicy oskrzelowej; Anatossi w zapaleniu ropnem części przydatkowych macicy; Darier w zapaleniu wrzekomo włóknikowem spojówki i rogówki; Zimmermann we wrzodzie pełzającym rogówki i w zapaleniu tęczówki; Rehak w róży; Mongour w skazie krwotocznej. W przypadkach tych jednak nie chodzi o działanie swoiste, lecz o ogólne działanie surowicy; sama surowica normalna działa korzystnie w skazie krwotocznej.

V. Surowica przeciwczerwonkowa. K. Shiga wykrył swoiste prątki w nagminnej czerwonce. Rosenthal a następnie Vaillard, Dopter, Rautenberg, Conradi i t. d. potwierdzili ich obecność w chorobowo zmienionych częściach jelita i w gruczołach krezkowych. Inni, jak Morgenroth, Auché i Campana stwierdzili także i prątek Flexnera oprócz właściwie swoistego prątka Shigi w czerwonce nagminnej, zwłaszcza w jej późnych okresach. Rosenthal, Kruse i Todd zajmowali się wytwarzaniem toksyny i antytoksyny czerwonki i mieli otrzymać skuteczne surowice. Rosental przez szczepienie na koniach bakteryi i toksyny otrzymał surowicę, która w 1 cm sz. zawierała 100 I. E. Po wstrzyknięciu jej poskórnem w ilości od 20—140 cm sz. (zależnie od nasilenia choroby) już po 24 godzinach ustępowało parcie, stolce stawały się zbitsze i nie zawierały krwi. Najlepsze wyniki uzyskano przy stosowaniu surowicy w pierwszych dniach choroby; odsetek śmiertelności zmniejszył się przeszło o połowę. Schottelius na XXVI. Zjeździe w Wiesbadenie w r. 1909 omawiał leczenie czerwonki surowicą. Wstrzykiwał on koniom płynną toksynę hodowli prątków Shigi i Rosenthala i otrzymaną następnie surowicą miał uzyskać bardzo dobre wyniki lecznicze u ludzi. Dla celów zapobiegawczych w czasie epidemii zwykle wystarcza wstrzyknąć 10 cm sz.; w celu leczniczym wstrzykuje się 20 cm sz. codzień, jeśli po 24 godzinach niema polepszenia.

Surowicę antytoksyczną czerwonkową wyrabiał i Kraus w Wiedniu. Według Pfeiffera i Ungermanna może ona skutecznie działać nie przez antytoksynę czerwonkową, lecz przez własności przeciwzakaźne surowicy.

Antic przy leczeniu czerwonki surowicą miał 4% śmiertelności, a przy leczeniu farmakologicznem 16%. Leczenie rozpocząć należy najpóźniej szóstego dnia choroby. (C. d. n.).

Wiadomości bieżące.

Lwów. Z powodu braku wody i światła w mieście oblęganem i bez przerwy ostrzeliwanem jest praca w lwowskich szpitalach oraz we wszelkich pracowniach naukowych niesłychanie utrudniona. Podziw i cześć należy się lekarzom lwowskim, pokonującym wszystkie przeszkody, byle nieść pomoc bohaterskiej ludności i niezłomnym obrońcom Lwowa.

— Wydział lekarski habilitował z zakresu chemii lekarskiej Dr Wacława Moraczewskiego, a habilitacyę tę zatwierdził w grudniu r. z. Senat akademicki.

— Na katedrę pedyatryi, opróżnioną przez śmierć ś. p. prof. Raczyńskiego, przedstawił Wydział lekarski Dr Franciszka Gröera, asystenta Uniwersytetu wiedeńskiego.

— Prof. Dr Zdzisław Dmochowski zrezygnował z katedry anatomii patologicznej we Lwowie.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskali w bieżącym roku szkolnym we Lwowie pp. Arnold Rothbach, Robert Landes, Eufemiusz Herman, Karol Bałaban, Włodzimierz Koskowski, Klaudyusz Karowiec, Arnold Katz, Wanda Bańkowska, Herman Mund, Zygmunt Manowarda de Jana, Leon Kalina, Klemens Kauczyński, Franciszek Zimmermann.

Warszawa. »Monitor polski (Nr 47 z d. 27. II. b. r.) ogłasza rozporządzenie Ministerstwa zdrowia publicznego, powołujące przy Radzie lekarskiej komisyę egzaminacyjną dla kandydatów felczerskich, a to »w celu umożliwienia osiągnięcia stopnia felczera«. W ten sposób przybędzie Polsce nowe pokolenie felczerów, zamiast, żeby ten rodzaj zawodu został zupełnie zniesiony, jak to się stało w całej Europie zachodniej i jak tego słusznie domagali się najlepsi znawcy sprawy w b. zaborze rosyjskim.

— Ś. p. Prof. Baranowski zapisał 150.000 rb. na cele publiczne, z tego 105.000 na cele Towarzystwa naukowego warszawskiego.

— W Sejmie zasiada 6 lekarzy.

Z różnych stron. W odczytywanym z ambon liście pasterskim Biskupa tarnowskiego, X. Wałęgi, »do tych, co wrócili z wojny«, znajduje się następujące zdanie: »Strasznej zbrodni dopuszcza się taki, co przyniósł z wojny zaraźliwą chorobę, a nie stara się o gruntowną kuracyę w szpitalu, tylko wchodzi w rodzinę i zarazę rozsiewa na swoje otoczenie«. Pomieszczenie takiego lub podobnego zwrotu w orędziach w innych także dyecezyach byłoby bardzo pożądane.

Zmarli: Dr Władysław Szukiewicz w 41 r. ż. w Krakowie; Dr Henryk Koeppel w 51 r. ż. w Rzeszowie z powodu duru plamistego.

Redakcya otrzymała: Sprawozdanie Lubelskiego Towarzystwa walki z gruźlicą za r. 1917. (Rok ósmy). Lublin 1918.— Modrakowski: Określenie siły działania naparstnicy sposobami farmakologicznemi (biologicznemi). (Wiadom. farmac. 1919).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lutym 1919:

Gazeta lekarska Nr 5.—8.: Janowski: Tyreotuberkuloza, czyli o postaci rzekomobazedowicznej gruźlicy płuc (5—7). — Puławski: Tracheolaryngitis fibrinosa jako powikłanie influenzy (5). — Simchowicz: O wyczerpalności odruchów ścięgnowych i o odruchach wrzekomo klonicznych w chorobach zakaźnych (6). — Modrakowski: Wpływ pituitryny na czynność nerek ludzi zdrowych i chorego na moczówkę prostą (7—8). — Miszewski: Katalaza w płynie mózgowordzeniowym w chorobach umysłowych (8).

Kronika dentystyczna Nr 1.—2.: Krakowski: Radjoterapja i jej stosunek do schorzeń jamy ustnej.

Zdrowie Zesz. 1.: Ruppert: O odżywianiu wogóle i o wartości odżywczej chleba w szczególności.

Sprawozdanie o ruchu chorych zakaźnych, meldowanych w Wydziale sanitarnym Magistratu w Lublinie w r. 1918.

Rodzaj choroby	Przybyło 1918 roku w miesiącu												Razem przybyło w r. 1918	Zmarło	Tablica porównawcza					
															1916 r.		1917 r.		1918 r.	
	Styczniu	Lutym	Marcu	Kwietniu	Maju	Czerwcu	Lipcu	Sierpniu	Wrześniu	Październiku	Listopadzie	Grudniu			Zachorowało	Zmarło %	Zachorowało	Zmarło %	Zachorowało	Zmarło %
Dur brzuszny . . .	33	11	6	6	4	3	5	10	16	21	25	9	149	20	168	6,43	179	10,73	149	12,26
Dur plamisty	42	91	97	79	62	86	30	16	12	9	15	53	592	48	1802	7,22	232	7,53	592	8,05
Dur powrotny . . .	29	16	14	8	12	1	1	—	—	—	—	—	81	—	10	0	112	0	81	0
Ospa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16	23,52	2	0	—	—
Czerwonka	2	—	1	1		—	1	8	9	2	—	—	24	2	33	24,24	178	23,59	24	8,33
Płonica	6	7	1	3	5	8	6	9	17	17	21	11	111	15	132	3,49	65	2,85	111	12,93
Odra	—	1	—	—	—	13	34	36	6	4	19	4	117	2						
Błonica	5	3	4	1	3	4	—	1	4	1	—	—	26	8						
Róża	—	3	—	1	3	—	—	—	—	1	—	—	8	—						
Razem . .	117	132	123	99	89	115	77	80	64	55	80	77	1108	95						

Dr M. Garbaczewski.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 11. Kraków, 15. marca 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2 Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują **w Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, **w Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 50 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Rok LVIII. Kraków, 15 marca 1919 Nr. 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Stan spółczesny chorób zakaźnych ostrych i metody ich zwalczania w Galicyi

napisał

Dr Adolf Kuhn,

krajowy inspektor sanitarny we Lwowie.

(Referat przygotowany na Zjazd w sprawie wyludnienia Polski, który się odbył 1. i 2. listopada 1918 w Warszawie).

(Ciąg dalszy).

Zachęcone doświadczeniami przy zwalczaniu cholery w latach 1892—1896 prezydyum Namiestnictwa galicyjskiego okólnikiem z 13. IV. 1904 l. 4837 pr. zezwoliło udzielać niezasobnym gminom, nawiedzonym epidemią duru plamistego, zasiłków na żywność i na środki skrzepiające dla osób, odosobnionych z powodu tej choroby lub z powodu podejrzenia o zarażenie, tudzież na odszkodowanie za przedmioty zniszczone (spalone) przy odkażeniu. Okólnik ten miał wielką doniosłość w walce przeciw chorobom zakaźnym. Osoby bowiem, najwięcej zagrożone zarażeniem się, otrzymując żywność w naturze, zyskiwały na odporności przeciwko chorobie, a zarazem ludność, uwierzywszy w dobre zamiary władzy, mniej była skłonna do tajenia chorób zakaźnych.

Niszczenie ogniem tej części odzieży zakażonej, która nie dała się odkazić innym sposobem (a odnosiło się to głównie do kożuchów), ludność odczuwała zawsze jako ciężką i nader przykrą stratę; jeżeli jednak bezpośrednio po spaleniu wypłacono cenę szacunkową, nie szemrała przeciwko zarządzeniu. Wydawanie poszkodowanym w miejsce odzieży spalonej takichsamych mniej więcej przedmiotów w naturze było wprawdzie brane na uwagę, ale, o ile mi wiadomo, u nas nigdzie nie weszło w życie.

Około r. 1905 rozpoczęto stosowanie surowicy w celu leczenia czerwonki typu Shiga-Kruse, czemu — wobec dobrych wyników tego leczenia — trzeba przypisać dalsze pogłębienie zaufania ludności do lekarzy, zajmujących się zwalczaniem chorób zakaźnych.

Cholera w latach 1905 do 1909, u sąsiadów znaczniejsza, u nas pojawiła się zaledwie w kilku przypadkach dzięki zarządzeniom ochronnym, które przeprowadzono celowo i konsekwentnie na granicach kraju. Wypróbowaliśmy tutaj sił swoich na polu nadzoru w zakresie ruchu kolejowego i ruchu flisaków.

Na wyższy poziom podniesiono walkę przeciw chorobom zakaźnym przez utworzenie dwóch państwowych stacyi bakteryologiczno-dyagnostycznych: we Lwowie 1907 i w Krakowie 1908. Dopiero współdziałanie takich zakładów stawia walkę przeciw chorobom zakaźnym na naukowo ścisłej podstawie czyto w kierunku rozpoznania choroby, czyto w kierunku ścisłej oryentacyi przy stosowaniu środków zaradczych (jak n. p. odosobnienie wydzielaczy i roznosicieli).

Idealnie ta myśl została przeprowadzona w dwóch przypadkach, mianowicie przez delegowanie bakteryologa z przenośną pracownią do ogniska zarazy (cholery) w r. 1905 do Padwi Narodowej w powiecie mieleckim, a w r. 1913 do kilku gmin niedaleko granicy węgierskiej w powiecie skolskim. Współdziałanie lekarza urzędowego (higienisty), bakteryologa i sił pomocniczych daje zespół doskonały dla pewnego i rychłego zwalczenia epidemii.

Wpływ ustawy z r. 1913 na praktykę zwalczania chorób zakaźnych zatarły stosunki wojenne. Ze względu na to, co wkrótce powiem, podnoszę, że niewątpliwie podobnie, jak postępowanie władz wojskowych oddziaływało na stosunki w świecie cywilnym, taksamo ustawa z r. 1913 wpłynęła na działalność lekarzy wojskowych.

III. W czasie wojny otwarło się olbrzymie pole doświadczalne także dla walki przeciw chorobom zakaźnym ostrym.

Omawiając tę sprawę, muszę przedewszystkiem uwzględnić sposób, stosowany w wojsku, a to z dwóch przyczyn: po pierwsze dlatego, że wojsko stosunkowo często obejmowało zwalczanie chorób zakaźnych u ludności cywilnej — ilekroć to mianowicie leżało w interesie armii (jak wiadomo, Galicya przez długi czas była to ściślejszym, to obszerniejszym terenem wojennym); powtóre dlatego, że metody, stosowane w wojsku, były bardzo skuteczne i poniekąd służyły za wzór władzom cywilnym. W zasadzie władze sanitarne wojskowe przy zwalczaniu epidemii opierały się na bardzo dobrej instrukcyi austryackiej z r. 1911 p. t. »Vorschrift über die Verhütung und Bekämpfung der Infektionskrankheiten im k. u. k. Heere«. W czasie wojny jednak niektóre działy tej pracy wykształcono okazale i bardzo celowo, a jak już wspomniałem, ustawa państwowa z r. 1913 nie pozostała bez wpływu na sposób postępowania wojskowych władz sanitarnych.

Spiritus movens w całej akcyi przeciwepidemicznej były komisye zdrowotne (t. zw. Salubritätskommissionen). Przy każdej armii istniała taka komisya; na czele stał wybitny higienista, najczęściej profesor uniwersytetu, a w skład komisyi wchodzili lekarze bakteryologowie, chemik, farmaceuta, nadto komisya miała przydzielonych medyków i laborantów fachowych. Do zakresu działania tych komisyi należało głównie przeprowadzenie wymagań higieny w obrębie armii oraz stwierdzanie wybuchłych epidemii i wydawanie zarządzeń przeciwko ich szerzeniu się. Te komisye zdrowotne działały w razie potrzeby w porozumieniu z władzami cywilnemi, obeznanemi ze stosunkami miejscowymi.

Wojsko rozporządzało zorganizowanymi i dostatnio wyposażonymi szpitalami epidemicznymi, przenośnemi pracowniami bakteryologicznemi, dużą liczbą lekarzy, wreszcie wyćwiczoną służbą pielęgniarską i dezynfektorską (pielęgniarki i żołnierze sanitarni).

Wspomniane wojskowe komisye zdrowotne zorganizowały ruchome kolumny sanitarne, stworzyły urządzenia do tępienia owadów pasorzytnych, zaprowadziły wyrób szczepionek do szczepień gromadnych w wielkich pracowniach przenośnych, okresowe badanie wielkich oddziałów żołnieży zdrowych celem wykrycia roznosicieli zarazków, okresowe badanie wody do picia i t. d.

Na korzyść władz wojskowych należy zapisać także i to, że często przychodziły z pomocą władzom cywilnym, oddając im do rozporządzenia swoich lekarzy i zezwalając na wykonywanie w swoich pracowniach, przez swoich bakteryologów, badań, potrzebnych władzom cywilnym.

W wojskowej organizacyi walki przeciw chorobom zakaźnym działały następujące urządzenia: a) szpitale epidemiczne, b) zakłady dezynfekcyjne, c) domy kontumacyjne, d) kolumny sanitarne ruchome, e) przenośne pracownie bakteryologiczne, f) gromadne szczepienia ochronne, g) gromadne badania osób zdrowych w celu wykrycia roznosicieli zarazków, h) kontrola co do jakości żywności i wody do picia.

a) *Szpitale epidemiczne* zakładano tymczasowo albo w barakach drewnianych, albo w budynkach odpowiednio zastosowanych, jak n. p. budynki szkolne lub domy prywatne. Przeznaczone one były dla żołnierzy, wyjątkowo także dla osób

cywilnych, chorych na ważniejsze choroby zakaźne, jak cholera, ospa, dur plamisty i brzuszny, czerwonka, z pewnego obszaru terytoryalnego.

Ściśle związana z instytucyą szpitali epidemicznych jest sprawa przewozu chorych. Za czasów przedwojennych przewóz osób chorych na choroby zakaźne ostre należał do wielkich rzadkości, obawiano się bowiem roznoszenia choroby i złych następstw dla zdrowia chorego. Okazało się jednak, że bez przewożenia takich chorych rychłe stłumienie epidemii jest niemożliwe; toteż zwożono zakaźnie chorych do szpitali epidemicznych niekiedy z rozległych obszarów. Ułatwiało to w wysokim stopniu zwalczanie epidemii w zawiązku, bo usuwano tym sposobem liczne ogniska choroby z poszczególnych miejscowości i upraszczano sobie pracę. Niebezpieczeństwa rozszerzenia choroby przez przewożenie chorych stosunkowo łatwo było uniknąć; inaczej rzecz się miała z wpływem przewozu na stan zdrowia chorego, toteż w tym kierunku będziemy musieli poczynić pewne zastrzeżenia.

b) Szpitale epidemiczne, oczywista, rozporządzały zawsze urządzeniami do odkażania, a z reguły także urządzeniami kąpielowemi. Te urządzenia kąpielowe, połączone z dezynsekcyą osób, a zarazem z dezynfekcyą odzieży zapomocą przyrządów parowych przy 100° C. (sukno, płótno) i dezynsekcyą formalinowo-parową przy 60° C. (wyroby skórzane), odgrywały ważną rolę przy zwalczaniu duru plamistego, jako t. zw. odwszawiarnie, zakłady do tępienia owadów pasorzytnych (Entlausungsanstalten).

Urządzenie takich zakładów jest zbyt znane, aby je tu opisywać; zauważę tylko, że urządzenie komór suchych do dezynsekcyi gorącem powietrzem napotykało zwykle na trudności; trudno było mianowicie uzyskać ciepłotę stałą i jednostajną w całej komorze, wystarczającą z jednej strony do zupełnego zniszczenia pasorzytów, z drugiej strony nie za wysoką, aby nie uszkodzić przedmiotów, w komorze umieszczonych. Próbowano gdzieniegdzie komor do siarkowania, atoli co do skuteczności ich działania zdania są dotychczas bardzo podzielone. Skrzyń benzynowych nie widziałem nigdzie w użyciu — gdzieniegdzie trzymano je na pokaz. Dezynsekcya zapomocą par kwasu pruskiego nie wyszła poza okres prób.

c) Obok szpitali epidemicznych urządzano t. zw. domy kontumacyjne z urządzeniami kąpielowemi i dezynfekcyjnemi lub także dezynsekcyjnemi, przeznaczone do odosobnienia osób podejrzanych o zarażenie, za jakie uważa się roznosicieli zarazków, tudzież osoby, co do których stwierdzono, albo według doświadczenia przyjąć należy, że były narażone na zarażenie się i mogą pośredniczyć w rozszerzaniu choroby zakaźnej. Idzie tu więc o osoby, które się bezpośrednio lub pośrednio z chorymi na choroby zakaźne stykały lub zetknąć mogły, jak n. p. żołnierze, umieszczeni poprzednio wspólnie z takimi, którzy zachorowali, członkowie rodziny lub współmieszkańcy osób, zapadłych na choroby zakaźne ostre.

Odosobnienie takie (t. zw. kontumacya), poprzedzone odkażeniem i oczyszczeniem z pasorzytów osób i odzieży, trwało przez okres wylęgania danej choroby. Roznosicieli zarazków umieszczano w domu kontumacyjnym osobno i poddawano badaniu bakteryologicznemu, a dopiero po trzykrotnym ujemnym wyniku badania uwalniano.

Osobne wielkie obozy kontumacyjne (t. zw. Heimkehrlager) stworzono w ostatnich czasach, gdy mianowicie poczęli powracać z Rosyi w znacznej liczbie jeńcy wojenni, zakładnicy i wychodźcy.

d) W skutkach nader doniosłem urządzeniem były t. zw. kolumny sanitarne (Sanitätskolonnen, Desinfektions-, Fleckfieberbekämpfungskolonnen). Kolumny takie, oparte o szpital epidemiczny i o pracownię bakteryologiczną, składały się z sił lekarskich i pomocniczych, a zadaniem ich było: wyśledzenie chorych i podejrzanych o chorobę zakaźną, przewiezienie chorego do szpitala, podejrzanych o zarażenie (po wykąpaniu oraz odkażeniu bielizny i odzieży) do domu kontumacyjnego, odkażenie domu zakażonego, pewne prace asanacyjne (studnie, czystość obejść), kontrola środków spożywczych, wreszcie pouczanie ludności. Kolumna taka rozporządzała stosownymi środkami przewozowymi, urządzeniami do przewożenia chorych i do wykonywania dezynfekcyi; niektóre miały także przewoźne urządzenia kąpielowe (natryski).

e) Pracownie bakteryologiczne ruchome, wielkie i małe, nietylko wykonywały badania rozpoznawcze, ale zajmowały się także wyrobem szczepionek ochronnych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z żałobnej karty.

W ostatniem półroczu przerzedziła śmierć niebywale szeregi lekarzy polskich. Z duru plamistego padło ofiarą zawodu kilkudziesięciu lekarzy praktycznych w różnych okolicach kraju, wśród nich niejeden niezastąpiony, niejeden dzielny pracownik społeczny, niejeden znakomity wykonawca swej sztuki, niejeden prawdziwy przyjaciel i opiekun ludności. Ale i poza tymi, którzy zginęli wprost wskutek wykonania swego obowiązku, była śmiertelność lekarzy polskich w ubiegłem półroczu wogóle większa, niż zazwyczaj, zapewne nie bez związku z wpływem wywieranym na ustrój przez wojnę i związane z nią klęski i przejścia fizyczne i moralne. Toteż uszczupliło się znaczniej także to grono, które samodzielnemi badaniami przyczynia się do postępu nauk lekarskich, i to uszczupliło się bardzo dla polskiej medycyny dotkliwie, tracąc kilku najlepszych jej przedstawicieli. Zawrotny natłok wydarzeń, wstrząsających posadami politycznego i społecznego ustroju całego świata, prawie nie dozwala zatrzymać się nad wyrastającą przy nas mogiłą; dopiero, gdy się obejrzymy wstecz na cały ich szereg, przerażamy się liczbą i znaczeniem naszych strat. Powstałe luki muszą przygnębiać, bo wystarczającej liczby następców w młodszem pokoleniu niema i niepodobna przygotować tak rychło. Dość powiedzieć, że ubyło nam w ciągu tego półrocza trzech doskonałych chirurgów, kilku wybitnych internistów, dwu bardzo pożytecznych pisarzy popularnych z zakresu społeczno-higienicznego...

Najmłodszy ze zmarłych chirurgów, Władysław Maksymilian Herman, urodzony w Galicyi wschodniej w r. 1869, ukończył Wydział lekarski w Krakowie w r. 1894, poczem wstąpił jako elew do kliniki chirurgicznej profesora Rydygiera w Krakowie. Wraz z profesorem Rydygierem przeniósł się do Lwowa i tam przez szereg lat był asystentem kliniki chirurgicznej Uniwersytetu, a w r. 1902 habilitował się z zakresu chirurgii. Po dziesięciu latach docentury mianowany został profesorem nadzwyczajnym. Jako docent i profesor wykładał chirurgię ogólną i operacyjną. W czasie wojny był naczelnym lekarzem oddziałów chirurgicznych we Lwowie i wytrwał na tem stanowisku w czasie inwazyi rosyjskiej. Nadmierna praca w tych latach podkopała jednak do reszty wątły, gruźlicą trawiony organizm i przyspieszyła przedwczesny zgon, który nastąpił we Lwowie w ubiegłym miesiącu.

Herman był nietylko chirurgiem doskonałym, bo wykształconym w najlepszej polskiej szkole, a szukającym samodzielnie dróg nowych, ale także nadzwyczaj płodnym i niepospolicie pożytecznym pisarzem. Jego praca na tem polu była dlatego tak pożyteczna, że z nadzwyczajną sumiennością łączył on, jako autor, prawdziwy talent dydaktyczny i zdolności literackie, a miał upodobanie do opracowań monograficznych, których tak naszemu piśmiennictwu potrzeba. Rozpraw oryginalnych i monografii wydał Herman przeszło osiemdziesiąt z najróżniejszych działów chirurgii. Zaczął swą pracę piśmienniczą publikacyą o biodrze szpotawem (Nowiny lek. 1897), dalej pracą o znieczulaniu miejscowem (Gazeta lek. 1898) i nowym pomysłem plastyki nosa (Przegląd lek. 1898). W r. 1899 pisał o znaczeniu rozpoznawczem promieni Röntgena w kamicy nerkowej i o wrodzonych przepuklinach mózgowych, w r. 1909 o rozszerzeniach oskrzeli (dwie prace), wągliku, o raku nerki, o technice operacyi nowotworów pięty (w Przegl. lek.), o antyseptyce i aseptyce (w Nowinach lek.); w r. 1901 o stosowaniu atropiny w niedrożności jelit (Now. lek.), o obrażeniach czaszki i mózgu, o aseptyce rąk, o znaczeniu urazów w etyologii nowotworów, o gruźlicy sutka, o leczeniu zapaleń wyrostka robaczkowego (dwie publikacye), o gruźlicy jąder (Przegl. lek.); w r. 1902 o ranach postrzałowych, o operacyi raka wargi, wodniaka jądra, nowotworów migdałka, torbieli trzustki, przepuklin, o chirurgicznem leczeniu zapaleń nerek i o przedoperacyjnem badaniu nerek (Przegląd lek.); w r. 1903 o ranach postrzałowych i podwiązywaniu moczowodów (Nowiny lek.), oraz o leczeniu kamicy żółciowej (dwie prace) i o mięsaku żołądka (Przegl. lek.); w r. 1904 ogłosił ogólny zarys chirurgii płuc (Nowiny) i prace o chirurgicznem leczeniu przewlekłych zapaleń nerek, przewlekłych zapaleń kiszki grubej, o kleszczach trójlistnych (Przegląd); w r. 1906 o leczeniu przekrwieniem zastojowem (dwie prace), o znieczulaniu miejscowem, o resekcyi szczęki i podał nowy model gorsetu wyciągowego i szereg spostrzeżeń kazuistycznych (Tygodnik lek.); w r. 1907 wydał doskonały wykład kliniczny o znieczulaniu w chirurgii (Tygodnik); w r. 1908 pisze o elektrargolu i fi

zostygminie (Przegląd), podaje znów obfitą kazuistykę (kilkanaście publikacyi) i powraca do sprawy leczenia przepuklin uwięzłych (Tygodnik); na r. 1909 przypadają prace o leczeniu raka i o zapaleniu wyrostka robaczkowego; na r. 1910 o krwotokach z sutka (druga praca w r. 1918); na r. 1912 monografia o postępowaniu bezgnilnem i praca o ropnem zapaleniu wyrostka robaczkowego, na r. 1913 — jakby w przeczuciu wojny — popularny zarys chirurgii wojennej, o ranach postrzałowych i jeszcze jedna praca o przepuklinach (Tygodnik lek.). Doświadczenia, zgromadzone w czasie wojny, ogłosił Herman w pracach o wznawiających się zakażeniach, o postrzałach czaszki i mózgu (Przegl. lek. 1916) i o ranach postrzałowych wogóle (tamże 1917). W r. 1918 podaje dwa nowe pomysły operacyjne: wyłuszczania sutka i zapobiegawczej operacyi na esicy (Przegl. lek.). Jest też w dorobku piśmienniczym Hermana przyczynek do historyi medycyny w postaci dziejów Towarzystwa lekarskiego lwowskiego i (jedna z ostatnich przed śmiercią) rozprawka o ustroju studyum lekarskiego (Przegl. lek. 1918).

Z tych licznych prac Hermana wysuwają się na czoło jako wynik własnych badań i doświadczeń, przedewszystkiem prace nad leczeniem zapaleń wyrostka robaczkowego, nad leczeniem operacyjnem zapaleń nerek, uwięzłych przepuklin, jam oskrzelowych, oraz krytyczne monografie i wykłady kliniczne o kamicy żółciowej, ranach postrzałowych, chirurgii płuc, znieczulaniu, przekrwieniu zastojowem leczniczem, postępowaniu bezgnilnem.

Obok prac oryginalnych i opracowań monograficznych ogłosił Herman niezmierne mnóstwo drobniejszych prac sprawozdawczych, z mrówczą skrzętnością zaopatrując w nie przez szereg lat głównie »Przegląd lekarski«, »Nowiny lekarskie« oraz »Tygodnik lekarski«.

Niezwykłe zalety charakteru, wielka prawość, gorący patryotyzm, ogarniający całą Polskę i nie znający żadnych różnic dzielnicowych, dobroć i znamionująca ludzi istotnej wartości skromność jednały Hermanowi powszechne sympatye, a zgon Jego budzi głęboki żal we wszystkich, którzy Go znali.

Prawie równocześnie z lwowską, straciła jednego z profesorów chirurgii Wszechnica warszawska.

Franciszek Kijewski, urodzony w Warszawie w r. 1858, studya lekarskie ukończył »cum eximia laude« tamże w r. 1884, poczem pracował w anatomii patologicznej w pracowni profesora Brodowskiego, dalej był asystentem kliniki chirurgicznej profesora Kosińskiego, następnie kolejno ordynatorem oddziałów chirurgicznych w szpitalu Wolskim, św. Rocha i Dzieciątka Jezus. W r. 1914—1915 był naczelnym lekarzem zorganizowanego przez siebie wielkiego miejskiego lazaretu dla rannych. W ostatnim roku życia powołany został na katedrę chirurgii w Uniwersytecie warszawskim.

Doskonały chirurg-wykonawca, obdarzony talentem dydaktycznym, był Kijewski zarazem wybitnym polskim autorem lekarskim. Oprócz najdawniejszej publikacyi, obejmującej spostrzeżenia anatomopatologiczne z pracowni Brodowskiego (Gazeta lek. 1885), oprócz kazuistyki chirurgicznej, obficie przedstawianej zwłaszcza w latach ostatnich, oraz kilku życiorysów (Rydygier 1899, Kosiński 1899 i 1908, Lister 1912) zostawił Kijewski szereg poważnych własnych badań oraz monografii, opartych na swem wielkiem doświadczeniu klinicznem. Na czele należy wymienić badania doświadczalne i kliniczne nad resekcyą płuc (Zjazd lek. 1900, Pamiętnik Tow. lek. 1902, 1903). Tematem innych publikacyi były: guzy krwawnicze (Pam. T. l. 1884—1886), promienica (Gaz. lek. 1889, Odczyty klin. 1891), pęknięcie jelit (1893, 1896), ropnie podprzeponowe (Księga jubil. Brodowskiego 1893), laryngofissura (Gaz. lek. 1894), leczenie wola tyreoidyną (1896), ciała obce pozostawione w jamie brzusznej (1899), znieczulanie rdzeniowe (1900), kamica nerkowa (1906) i żółciowa (1906), rany postrzałowe (1905), torbiele trzustki (1909), zapalenie uchyłka Meckela (1910), chirurgia płuc (1908—1911, wreszcie monografia w Odczyt. klin. 1912).

Chirurg Dr Jan Raum, zmarły w Warszawie w listopadzie 1918, owładnął całkowicie swą specyalnością praktyczną i szedł w pierwszym szeregu z jej postępami, jednakże we własnych swych badaniach okazywał wybitne zamiłowanie do t. zw. teoretycznych gałęzi medycyny. Do nich też należą wszystkie jego, zresztą nieliczne i przeważnie po niemiecku ogłoszone publikacye, począwszy od dysertacyi doktorskiej berlińskiej o rzeczywistym czasie trwania skurczu mięśni (Berlin 1879) i dysertacyi doktorskiej dorpackiej o rozwoju bąblowców (1883). Z działu mikrobiologii ogłosił badania nad etyologią tężca (1889), nad wpływem światła na bakterye (1889) i nad morfologią i biologią drożdży (1891, wszystkie trzy prace w Zeitschr. f. Hygiene), z działu patologii prace o ziarenkach komórkowych (po rosyjsku, Wiestnik Jestiestwozn. 1891), o ziarnistych tworach w komórkach nowotworów (Arch. f. mikr. Anat. 1892), o sztucznej wakuolizacyi komórek wątrobnych i o hemometryi (Archiv f. exper. Pathol. u. Pharm. 1891—1892). Wydał też tłomaczenie dziełka Esmarcha o pierwszej pomocy w nagłych wypadkach.

Jako chirurg odznaczał się wielką systematycznością i spokojem. Konsekwentnie ulepszał i rozszerzał swój oddział chirurgiczny, a potem, gdy został naczelnym lekarzem, cały swój szpital, który z 60 łóżek powiększył do 500. W swoim oddziale pierwszy wprowadził aseptykę opatrunków, pierwszy też starał się o pracownię rentgenowską.

Urodzony w Warszawie 16. sierpnia 1854, ukończył medycynę w Berlinie i tam uzyskał doktorat medycyny w r. 1879, powtórnie zaś otrzymał dyplom doktorski w Dorpacie w r. 1883. Następnie przez 4 przeszło lata pracował jako asystent oddziału chirurgicznego Dr W. Stankiewicza w Warszawie, a równocześnie prowadził badania teoretyczne w zakładzie patologicznym prof. Łukjanowa, gdzie też był od r. 1891 laborantem (asystentem). W r. 1893 został ordynatorem oddziału chirurgicznego w szpitalu Przemienienia Pańskiego, a od r. 1899 był równocześnie naczelnym lekarzem tego szpitala.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Leczenie surowicami i szczepionkami bakteryjnemi.

Sprawozdanie poglądowe.

Podał Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

(Ciąg dalszy).

VI. Surowica przeciwtryprowa. Ward wykazał, że zapalenie tryprowe spowodowane jest przez toksyny gonokoków i następuje wtedy, skoro leukocyty zostają już tak osłabione, że nie są zdolne ochraniać ustroju, Moskalew wykazał doświadczalnie, że króliki, którym zaszczepiono śródotrzewnie hodowle gonokoków, wykazują znaczne pomnożenie się gonokoków, a białe myszy nawet giną. Tę własność chorobotwórczą gonokoków można zniweczyć przez surowicę, otrzymaną z tych królików. Podobnie u ludzi. Chassaignac wstrzykiwał podskórnie swym chorym dwa razy tygodniowo po 2 cm sz. surowicy przeciwtryprowej przez 5 tygodni. Wstrzykiwania były mało bolesne i prócz nieznacznych przemijających przypadłości ubocznych (obrzęk gruczołów pachwinowych) nieszkodliwe. Polepszenie miało nastąpić w 14 przypadkach zapalenia cewki moczowej i gruczołu krokowego, w przebiegu objawów neurastenicznych, bolów mięśniowych i stawowych, zapalenia pęcherzyków nasiennych (z wyjątkiem jednego przypadku). Podobno nawet w wybitnych przypadkach ogólnego zakażenia surowica miała działać najlepiej. Schiele i Dörbck opisują przypadek tryprowego zapalenia wsierdzia, wyleczony podskórnemi wstrzykiwaniami surowicy przeciwtryprowej, choć miejscowe objawy trypra nie ustąpiły. Ziegler zaleca surowicę przy wiewiórowem zapaleniu stawów; tożsamo Ciuffo i Abdulow.

VII. Surowica przeciw gorączce siennej. Pyłek różnych roślin, zwłaszcza traw kwitnących, zawiera według Dumbara istotę trującą proteinową, która u ludzi mało odpornych wywołuje gorączkę sienną, skoro n. p. w czasie kwitnienia żyta z pyłkiem do oka się dostanie. Ponieważ w czasie okwitania żyta ten pyłek stale unosi się w powietrzu i mała ilość jego zdoła wywołać gorączkę sienną, przeto prawie wszystkie osobniki mało odporne ulegają tej chorobie. Ta uciążliwa i przykra choroba polega na zatruciu przez swoistą toksynę (Pollentoxin). Odnośną leczniczą surowicę wyrabiają Dumbar (t. zw. Pollantin) i Weichardt (t. zw. Graminol). Pollantin otrzymuje się z surowicy koni, uodpornianych przez pollentoksykę. Zawiera ona antytoksynę toksyny zawartej w pyłku traw. W handlu surowica ta znajduje się w proszku i płynie. Działanie płynnej surowicy jest bardzo ograniczone; natomiast bardzo polecane stosowanie miejscowe surowicy proszkowanej. Otrzymuje się ją z płynnej surowicy przez odparowywanie przy 45° C. i dodanie

cukru mlecznego. Rozpyla się ją na spojówkę pendzelkiem, a do jamy nosa i przełyku rozpylaczem. Albrecht, Immerwahr, Weichardt, Semon, Thost, Kuttner, Kamann, Liefmann, Lübbert, Prausnitz, Rosenberg, Denker, Wolff, Carini, Heindl, Ziarniko przyznają w 60⁰/₀ przypadków chorobowych skuteczne działanie. Fink wyraża się niekorzystnie o jej działaniu, gdyż według niego »właściwa gorączka sienna« nie jest wywołana przez zatrucie pollentoksyną i nie wymaga swoistego leczenia. Wolff-Eisner odnosi skuteczne działanie surowicy do ciał kolloidowych, a nie do antytoksyn. Wstrzykiwania podskórne surowicy wywołują, jak twierdzi Fink, nieprzyjemne uboczne przypady. Surowica, tak »pollantin«, jak i »graminol«, jest mniej środkiem leczniczym, niż łagodzącym. Weichard wytworzył surowicę z krwi zwierząt roślinożernych, która według niego zawiera istoty ochronne przeciw pollentoksynie. Według doświadczeń skutkuje ona tylko jako środek zapobiegawczy w słabych i średnich nasileniach choroby; stosuje się ją miejscowo. Gönner i inni więcej oświadczają się za »graminolem«, niż za »pollantinem«; przy obu przetworach mają się wydarzać przypady uboczne. Lepsze wyniki podają Billard i Maltet, używając surowicy wielowartościowej (zawierającej antytoksyny pyłków różnych traw); pódobno ma ona działać w dychawicy oskrzelowej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 12. III. posiedzenie, na którem Dr Karwowski przedstawił swe badania płynu mózgowordzeniowego w durze plamistym, a doc. Dr Weigel miał wykład o zarazku tej choroby, Rickettsia Prowazeki. Oba wykłady wywołały bardzo ożywioną dyskusyę.

— Naczelnik Państwa nadał postanowieniem z d. 8. II. b. r. doc. Dr Janowi Mazurkiewiczowi w Krakowie tytuł nadzwyczajnego profesora Uniwersytetu.

— Dzienniki podają wiadomość, że w r. b. ma być podjęta budowa kliniki położniczo-ginekologicznej na 120 łóżek.

Warszawa. Ministerstwo zdrowia wydało drukiem broszurę Dr W. Dobrzyńskiego: »Polityka osiedleńczo-mieszkaniowa w zastosowaniu do potrzeb Polski« i Dr J. Kowalewskiego »Wyniki ankiety Ministerstwa zdrowia w sprawie mieszkań niezajętych«.

— Minister zdrowia odbył z przedstawicielami prasy konferencyę informacyjno-prasową, na której oznajmił, że śmiertelność w Polsce wzrosła 4-krotnie, liczba urodzin zmniejszyła się 3-krotnie, a na dur plamisty jest w samej b. Kongresówce przeszło 60.000 chorych. Dla zwalczania duru plamistego założono już 44 szpitali epidemicznych i uzyskano środki dezynfekcyjne z zagranicy.

Zmarli: Dr Bolesław Zaborowski w Międzyrzecu podlaskim; Dr Stanisław Rudzik z Krakowa, w 33 r. ż., w Wiedniu (w r. 1918).

Redakcya otrzymała: Wincenty Puławski: 1) Epidemia płonicy w r. 1914—1916 w Radziejowie (Medycyna i Kronika lek. 1918). 2) Przyczynek do epidemiologii i zwalczania tyfusu plamistego. 3) Walka z chorobami zakaźnemi w małych miastach i wsiach. (Pamiętnik Zjazdu w sprawie małych miast i wsi. 1918).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 12. Kraków, 22. marca 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 50 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Rok LVIII. Kraków. 22 marca 1919 Nr. 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Stan spółczesny chorób zakaźnych ostrych i metody ich zwalczania w Galicyi

napisał

Dr Adolf Kuhn,

krajowy inspektor sanitarny we Lwowie.

(Referat przygotowany na Zjazd w sprawie wyludnienia Polski, który się odbył 1. i 2. listopada 1918 w Warszawie).

(Ciąg dalszy).

Jako środki zapobiegawcze bardzo dzielne wymieniam dalej:

f) Gromadne badanie żołnierzy zdrowych, podejrzanych o zarażenie, celem wykrycia przenosicieli zarazków;

g) gromadne szczepienia ochronne przeciwko ospie, cholerze, durowi brzusznemu i pseudodysenteryi, wykonywane okresowo niekiedy w całych armiach, wreszcie oczyszczanie z pasorzytów większych oddziałów wojskowych.

Wspomnieć tu muszę, że wojsko czyniło także próby okresowego przymusowego oczyszczenia całej ludności z pasorzytów w miejscowościach, gdzie rozszerzenie duru plamistego było znaczne i opanowanie epidemii się przewlekało. Przy próbach tych napotykano na trudności nie do przezwyciężenia.

h) Żywność, przeznaczoną dla oddziałów wojskowych, poddawano kontroli fachowej, a ludzi, zajętych w kuchniach i w magazynach żywności, okresowo badano bakteryologicznie, poszukując roznosicieli zarazków. Tam, gdzie nie było zupełnie pewnej wody do picia, podawano wodę przegotowaną i zaraz chłodzoną albo wodę wyjałowioną zapomocą promieni ultrafioletowych. Każdy przyrząd, służący do wyjaławiania wody, czyto w etapach, czy w marszu, czy w linii bojowej, był okresowo badany co do sprawności.

IV. Wedle powyższej modły (punkt a) b) c) d) prowadziło zwalczanie chorób zakaźnych w Galicyi Krajowe Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża siłami przeważnie cywilnemi, z funduszów, dostarczonych przez skarb państwa. Kolumny sanitarne krakowskiego Komitetu Książęco-Biskupiego przeprowadziły z pomocą Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego i władz politycznych na wielką skalę szczepienia krowianką ludności w Galicyi i w Królestwie w r. 1915 i 1916, a stworzywszy ruchome oddziały, zajmowały się potem głównie prowadzeniem szpitali epidemicznych, pozostawiając inne działy, jak n. p. odkażanie domów mieszkalnych i oczyszczanie z pasorzytów osób podejrzanych o zarażenie, przeważnie staraniu władz politycznych.

V. Przechodzę teraz do działalności naszych władz politycznych na polu walki przeciw chorobom zakaźnym. Jak już wspomniano, działalność ta odbywała się wedle takiegosamego schematu, jak w wojsku, bo podstawy naukowe tak tu, jak i tam, wiodły do tychsamych wskazań praktycznych. Różnica polegała tylko na tem, że władze cywilne w przeciwieństwie do wojskowych stale walczyły z brakiem lekarzy i sił pomocniczych, z brakiem wszelakiego materyału; toteż często musiały posługiwać się improwizacyami — niekiedy bardzo grubemi — i często korzystać z pomocy wojskowości, o czem już wspominałem.

W pewnych, bardzo ważnych sprawach pod naciskiem stosunków musiano odstępować od przepisów ustawy. I tak n. p. pokrywano z funduszów państwowych znaczne koszta urządzenia szpitali epidemicznych, tudzież koszt utrzymania i leczenia chorych na cholerę, ospę i dur plamisty, a także koszta dezynfekcyi.

Doniosłe skutki miało ustanawianie t. zw. lekarzy epidemicznych dla pewnych miejscowości albo obszarów.

Do stosowania gromadnego badania osób zdrowych w celu wykrycia roznosicieli zarazków i masowego oczyszczania ludności z pasorzytów zwierzęcych nie było sił.

Natomiast wspólnie z Kolumnami sanitarnemi Książęco-Biskupiego Komitetu i Czerwonym Krzyżem dokonano w latach 1915 i 1916 wielkiego dzieła zaszczepienia przeciw ospie całej ludności Galicyi. Zaszczepiono ogółem 5,253.746 osób t. j. całą ludność cywilną miast Lwowa i Krakowa oraz 75 powiatów, wolnych podówczas od okupacyi nieprzyjacielskiej. Szczepiono wszystkie osoby, które nie były wcale szczepione i rewakcynowano te, które nie były szczepione względnie rewakcynowane w ostatnich 6 latach.

Ospa, która od maja 1915 do stycznia 1916 nieustannie wzrastała (n. p. w trzecim tygodniu stycznia 1916 przybyło chorych na ospę 2103, a zmarło 393), od początku marca 1916 poczęła słabnąć, a od połowy kwietnia gwałtownie ustępować i wreszcie we wrześniu 1916 zupełnie wygasła. Nadmienić muszę, że największą liczbę szczepień wykonano od połowy lutego do końca marca 1916, tak, że wygaśnięcie epidemii nastąpiło niemal bezpośrednio po zaszczepieniu całej ludności.

Pouczające to bardzo spostrzeżenie, ale interesujący także sposób, w jaki to szczepienie masowe wykonano. W pierwszych czterech miesiącach r. 1915 szczepili lekarze, którzy byli do dyspozycyi — a było wtedy w naszych rękach tylko 8 powiatów na zachodnim krańcu kraju. Po gorlickiej ofenzywie w maju r. 1915 rozpoczęto szczepienie na większą skalę, poruczając tę czynność medykom stosownie przygotowanym. T. zw. grupy szczepiące K. B. K. i Stowarzyszenia Czerwonego Krzyża szczepiły w 50 powiatach. Wreszcie z początkiem r. 1916 uznano nieodzowną potrzebę dokonania szczepienia w jaknajkrótszym czasie i w jaknajwiększych rozmiarach. I wtedy na odzew Wydziałów lekarskich, zwłaszcza krakowskiego, stanęli do tej pracy słuchacze i słuchaczki medycyny obu uniwersytetów krajowych, zaś do prac pomocniczych słuchacze i słuchaczki innych Wydziałów, poczęści także nie-akademicy, w ogólnej liczbie 630 osób. Słuchacze i słuchaczki medycyny po odbyciu specyalnego kursu, urządzonego przez Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego, poczęści wspierani siłami pomocniczemi, w czasie od połowy lutego do końca marca 1916 wykonali przeważną część tych szczepień. Zorganizowanie i wyekwipowanie tych grup szczepiących w r. 1916, jakoteż rozesłanie ich po kraju przeprowadził K. B. K. w Galicyi zachodniej, Czerwony Krzyż w Galicyi wschodniej; plan szczepienia w powiatach i kontrolę szczepiących wykonali lekarze powiatowi; obok tego kontrolowali szczepiących wysłannicy K. B. K. i Wydziału lek. krakowskiego. Krowianki dostarczył państwowy Zakład krowiankowy w Wiedniu; koszta pokrył skarb państwa.

W ciągu tego szczepienia nie stosowano przymusu, ponieważ wedle obowiązujących przepisów stosować go nie można; stosowano przymus tylko pośredni w niektórych sferach, a nadto mówiono i pisano wiele o przymusie i to wystarczyło, bo zresztą ludność nasza przeważnie sama ocenia należycie dobrodziejstwo szczepienia.

Szczepienia ochronne przeciw cholerze, stosowane w wojsku w szerokich rozmiarach z dobrym skutkiem, z ramienia władzy sanitarnej cywilnej nie były zarządzone, a także szcze-

pienia funkcyonaryuszy sanitarnych nie były częste. Stosowano się tu do postanowień austryackiego ministerstwa spraw wewnętrznych z r. 1915, które można następująco streścić: »Szczepienie ochronne przeciwko cholerze może oddać wielkie usługi, gdy osobista ochrona jest niemożliwa, w szczególności, gdy utrzymanie osobistej czystości jest utrudnione lub wogóle nie da się przeprowadzić; gdy brak należytych urządzeń do usuwania nieczystości i do zaopatrzenia w dobrą wodę do picia; gdy wreszcie zarządzenia ochronne, zmierzające do zwalczenia cholery, jak donoszenie o przypadkach cholery, odosobnienie chorych, odkażenie, okażą się niewystarczające. W takich razach, szczególniej, gdy zachodzą nadzwyczajne stosunki (podobnie, jak n. p. na placu boju), lub gdy pojawią się liczne przypadki cholery, nie dające się odnieść do bezpośredniej styczności z chorymi na cholerę, należy wziąść pod rozwagę podjęcie szczepień ochronnych. Wśród takich okoliczności może być wskazane szczepienie szczególnie u osób, które wskutek zawodu swego muszą stale stykać się z chorymi na cholerę«. W sierpniu 1918 austryackie ministerstwo spraw wewnętrznych dało upoważnienie do wykonywania szczepień przeciwko cholerze w miejscowościach i powiatach zagrożonych tą chorobą, podnosząc zarazem z naciskiem, że obok szczepień należy stosować także wszystkie inne środki zapobiegawcze przeciw cholerze.

Także szczepienia ochronne przeciw durowi brzusznemu stosowano w wojsku na szeroką skalę z dobrym wynikiem. Według rozporządzenia austryackiego ministerstwa spraw wewnętrznych z 5. lipca 1915 l. 5398 S. szczepienie takie przeprowadzać należy tylko wśród pewnych okoliczności, a to u żołnierzy w polu i u tych osób ze służby pielęgniarskiej, które w szczególniejszym stopniu narażone są na niebezpieczeństwo zarażenia się. Osoby szczepione powinny pozostawać pod stałym nadzorem lekarskim w szpitalach lub w zakładach zamkniętych, a szczepić wolno tylko za zgodą dotyczących osób; osób, liczących ponad 50 lat, osób chorowitych, a zwłaszcza chorych na gruźlicę, nie należy szczepić. Ponieważ dur brzuszny nie przybrał nigdzie większych rozmiarów, przeto Namiestnictwo galicyjskie nie zarządziło szczepień ochronnych przeciwko tej chorobie.

(Dokończenie nastąpi).

Z żałobnej karty.

(Dokończenie).

Ze śmiercią Mikołaja **Rejchmana** straciła polska medycyna wewnętrzna jednego ze swych przedstawicieli najwybitniejszych i najbardziej znanych za granicą, który imię swe utrwalił w dziejach nauk lekarskich zeszłego wieku badaniami chorób trawienia. Temu zakresowi poświęcił on przeważną część swych prac, rozpoczynając je poszukiwaniami nad sztucznem trawieniem (Gazeta lek. 1881) i monografią o niestrawności (Warszawa 1882). Potem nastąpił cały szereg prac o wzmożonem wydzielaniu soku żołądkowego, niestrawności kwaśnej i sokotoku żołądkowym (Gazeta lek. i Berliner kl. Wochenschrift 1 82—1887), prace o przepłukiwaniu żołądka (Gazeta lek. 1885), o trawieniu mleka (Gazeta lek. 1885), o wpływie środków gorzkich na trawienie (Gazeta lek. i Zeitschr. f. klin. Medizin 1887), o wpływie kwasu solnego, chlorku sodu (Gaz. lek. 1882 i 1892, Wiener kl. Wochenschrift 1892) i węglanu sodu (Gaz. lek. 1894, Therap. Mon. 1895), na trawienie żołądkowe, o sztucznem trawieniu trzustkowem w żołądku (Gazeta lek. 1888 i Deutsche med. Woch. 1889), o nieżycie zanikowym żołądka (Gaz. lek. 1897), o leczeniu wrzodu trawiennego żołądka (Gaz. lek. 1904 i 1910, Archiv f. Verd. T. XI., Intern. Beitr. z. Path. u. Ther. 1911). Te to badania chorób żołądka w pierwszym rzędzie zjednały Rejchmanowi rozgłos i uznanie w całym świecie i związały jego nazwisko z sokotokiem żołądkowym, jako odrębną, przez niego odkrytą i dokładnie opracowaną jednostką chorobową. Oprócz chorób żołądka ogłosił Rejchman badania z zakresu chorób przełyku (o uchyłkach Gazeta lek. 1890, Wiener kl. Woch. 1893, oesophagitis exfoliativa Gaz. lek. i Deutsche med. Woch. 1890, o związku objawów żołądkowych z chorobami przełyku Gaz. lek. 1889), z zakresu chorób jelit (badanie kału, Księga pam. Hoyera 1884, o przewlekłych biegunkach, Warszawa 1899, o nawykowem zaparciu stolca Gaz. lek. 1900 i 1915, o rozszerzeniu dwunastnicy Gaz. lek. 1915, leczenie czerwonki Gaz. lek. 1917), z zakresu chorób dróg żółciowych (wpływ na czynności żołądka, Gaz. lek. 1897, kamica żółciowa, Gaz. lek. i Klin. ther. Woch. 1900, zapalenia dróg żółciowych Gaz. lek. 1903), z zakresu semiotyki chorób trawienia (znaczenie rozpoznawcze bolu, Medycyna i Kronika lek. 1913, opukiwanie a rentgenografia Gazeta lek. 1918). Nadto pozostawił Rejchman pracę statystyczną o raku (Gaz. lek. 1904) i podręcznik, w którym odźwierciedliło się wielkie jego doświadczenie kliniczne (Nauka o chorobach narządów trawienia. Warszawa 1890).

Dzięki staraniom Rejchmana powstała w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem osobna sekcya gastrologiczna, której był pierwszym wieloletnim prezesem, a w Towarzystwie higienicznem warszawskiem osobna komisya badania raka, której również przewodniczył i w której pracach bardzo czynnie uczestniczył. Głównym jednak warsztatem pracy naukowej było ambulatoryum i prywatna pracownia Rejchmana, w których rozwijał on gorliwą działalność dydaktyczną i wykształcił liczne grono dzielnych specyalistów i z których wyszedł szereg cennych publikacyi jego uczniów.

Zasługi naukowe Rejchmana zjednały mu godność członka honorowego Towarzystw lekarskich w Warszawie, Lwowie i Wilnie i członka rzeczywistego warszawskiego Towarzystwa naukowego. Jako lekarz praktyczny i jako człowiek otoczony był powszechnym szacunkiem. Czterdziestolecie jego pracy obchodził świat lekarski polski uroczystym jubileuszem (w r. 1913) i poświęconemi mu wydawnictwami (Gaz. lek. i Medycyna i Kron. lekarska).

Mikołaj Rejchman urodził się w r. 1851 w Warszawie, ukończył tamże gimnazyum w r. 1868, uniwersytet w r. 1873, poczem studya dalsze prowadził w Paryżu. Od r. 1874—1880 przebywał w Irkucku, prowadząc tam szpital, od r. 1881 do końca życia pracował w Warszawie. Zmarł d. 26. października 1918 r.

Z pamięcią o doc. Dr Janie **Pruszyńskim**, zmarłym w Warszawie 20. października r. z., wiąże się pomimo bujnej jego działalności tragiczny rys niewykończonego dzieła życia, tak częsty wśród naszych uczonych doby ostatniej, przed świtem wolności. Niezmiernie trudne warunki pracy ściśle naukowej, troska o byt, hamująca polot i podcinająca skrzydła, oto ich los zwykły; Pruszyńskiego o tyle jeszcze cięższy, że w kilku ostatnich latach życia ciężka choroba przykuła go do łoża, a przez to zapukał do drzwi niedostatek.

Jan Pruszyński urodził się w r. 1861 w Warszawie, jako syn wybitnego rzeźbiarza, po którym odziedziczył wielkie poczucie piękna i talent twórczy. Już jako słuchacz Wydziału lekarskiego warszawskiego, na trzecim roku studyów, uzyskał złoty medal za pracę konkursową z zakresu chemii; odtąd też chemia fizyologiczna szczególnie go pociągała. Ukończywszy medycynę w Warszawie w r. 1886, pracuje naprzód w zakresie fizyologii i chemii fizyologicznej w pracowni Cybulskiego, a w zakresie medycyny wewnętrznej w klinice Korczyńskiego w Krakowie, następnie w obu tych działach pod kierunkiem Marcelego Nenckiego i Sahliego w Bernie. Powraca stamtąd na stanowisko asystenta kliniki wewnętrznej w Warszawie, które objął był w r. 1887 i na niem pozostaje do r. 1894, pod koniec kierując kliniką samodzielnie w zastępstwie chorego profesora. W r. 1900 zostaje ordynatorem w szpitalu św. Rocha w Warszawie, podnosi swój oddział odrazu na wysoki poziom naukowy, a równocześnie prowadzi badania w pracowni Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, pozostającej wówczas pod kierunkiem prof. Hoyera, a później od 1897 do 1909 r. pod jego własnym. W tym okresie uzyskuje w r. 1903 dyplom doktorski w Uniwersytecie Jagiellońskim. W r. 1909 habilituje się w Uniwersytecie lwowskim jako docent terapii ogólnej. O niezmiernej pracowitości i różnostronnych zdolnościach Pruszyńskiego świadczy wymownie fakt, że wszystkie swe badania naukowe prowadził on, pracując równocześnie na utrzymanie jako lekarz-praktyk, a przytem obok prac oryginalnych ogłaszając szereg publikacyi monograficznych, wykładów klinicznych, sprawozdań, oraz przez szereg lat kierując wydawnictwami »Gazety lekarskiej« i redagując ją wreszcie. Przy tem wszystkiem znajdował Pruszyński jeszcze czas na pracę w zarządzie Towarzystwa lekarskiego (1906—1909), w Radzie Towarzystwa higienicznego, na mrówczą pracę referenta do »Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego«, na przekłady dzieł lekarskich na język polski i na udział w wielu akcyach społecznych.

Własne badania ogłosił Pruszyński z trzech zakresów:

chemii fizyologicznej i fizyologii, bakteryologii łącznie z serologią i medycyny wewnętrznej. Do pierwszego z tych zakresów należą najwyżej stawiane prace Pruszyńskiego, jak o kwasach amidosalicylowych w ustroju (Gaz. lek. 1888), o skazie szczawianowej (Kronika lek 1891), moczanowej (Gaz. lek. 1900 i 1902), o składzie żółci (tamże 1901/9, 1902 i 1906), o roli kwasów oksyproteinowych w ustroju (tamże 1912), o utajonem podrażnieniu nerwów błędnych (Przegląd lek. 1889 i Centr. f. Physiol. 1890), o ożywianiu serca i adrenalinie (Gaz. lek. 1904 i 1909), o przewodnictwie elektrycznem w cieczach (Pamiętnik Tow. lek. warsz. 1906), o zjawiskach elektrycznych w sercu i o hodowli tkanek zwierzęcych (Gaz. lek. 1912), o powstawaniu tonów serca (tamże 1914). Z drugiego działu zajmował się Pruszyński ogólnemi własnościami bakteryi (Zdrowie 1891), cholerą (monografia, Warszawa 1892 oraz Gaz. lek. 1905 i 1910), nosacizną (Gaz. lek. 1896), dżumą (tamże 1897), seroterapią płonicy (tamże 1902), wąglikiem (1904), błonicą (1911), tężcem (1916); dwie prace dotyczą nadwrażliwości (Anafilaksya, Odczyty kliniczne 1916, Gaz. lek. 1916). Do trzeciego działu należą prace o zatruciach zasadami organicznemi zwierzęcemi (Kronika lek. 1891), o posocznicy po zapaleniu nerek (Gaz. lek. 1893), o zapaleniach dróg żółciowych (tamże 1903 i Wiener kl. Woch. 1904), o nagminnem zapaleniu opon (Gaz. lek. 1905), o chorobie Addisona (tamże 1906), o zastosowaniu do celów praktycznych wpływu wydzielania wewnętrznego (Tygodnik lek. 1909) i i.

Wiele zalet miało pióro Pruszyńskiego, jako biografa. Biografii tych i charakterystyk działalności naukowej nakreślił Pruszyński cały szereg (Pasteur 1894, Nencki 1897 i 1901, Krysiński 1897, Kondratowicz 1898, Korczyński 1900, Hoyer 1908, Cybulski 1910, Obrzut, Markiewicz 1911, Kadyi, Biernacki 1912, Sokołowski, Nusbaum 1913, Rejchman 1914, Ziembicki 1915, Domański, Koskowski 1916), ogłaszając wszystkie w »Gazecie lekarskiej«. Z pokrewnego zakresu ogłosił też rzecz p. t. »Medycyna na tle historyi Uniwersytetu lwowskiego«. Poglądom swym na medycynę i na studyum lekarskie z szerszego punktu widzenia dał Pruszyński wyraz, pisząc o rozwoju i przyszłości terapii (Gaz. lek. 1909), o zjazdach międzynarodowych (tamże 1909), o organizacyi Uniwersytetu w Warszawie (tamże 1915). Przełożył na polskie podręcznik farmakologii doświadczalnej Meyera i Gottlieba oraz fizyologii patologicznej Krehla.

Dr Otton Hewelke, bardzo pracowity pisarz lekarski, zasłużony nietylko przez własne publikacye oryginalne i sprawozdawcze, ale także jako wieloletni redaktor jedynego polskiego czasopisma o wybitnie sprawozdawczym typie, był wychowańcem Uniwersytetu warszawskiego. Urodził się w r. 1858. Ukończywszy studya w r. 1881, pracował przez lat 9 jako asystent w klinice dyagnostycznej profesora Baranowskiego i wyniósł z niej gruntowną wiedzę i wielkie doświadczenie. Następnie był Hewelke ordynatorem szpitala Dzieciątka Jezus, od r. 1893 przez 21 lat ordynatorem szpitala św. Rocha, a przez 3 lata jego lekarzem naczelnym. Od r. 1911 był lekarzem naczelnym szpitala zakaźnego na Woli, a od r. 1914 szpitala św. Stanisława.

Przez dwadzieścia kilka lat redagował Hewelke, poczęści wspólnie z Sierpińskim i J. Zawadzkim, »Kronikę lekarską«, a okres ten należy do najlepszych w historyi tego pożytecznego pisma. Hewelke okazał przytem niezmierną pracowitość, dostarczając »Kronice« mnóstwa sprawozdań i streszczeń. Oryginalne rozprawy Hewelkego należą przeważnie do zakresu medycyny wewnętrznej, a w tym zakresie powracał Hewelke z zamiłowaniem do gruźlicy płuc, (leczenie 1894, zaraźliwość 1899, uzdrowiska 1899, usposobienie 1900 — w Kronice lek., walka z gruźlicą 1912 w Zdrowiu); najcenniejszą w tej grupie publikacyą jest praca nad bakteryologią krwi suchotników (Pam. Tow. lek. 1895). Wogóle zajmował się Hewelke chętnie narządem oddechowym (badania szmerów oddechowych Gaz. lek. 1906, zgorzel płuc 1891 - 1895); prócz tego pisał o chorobach zakaźnych (cholera 1892 w Gazecie lek., dur osutkowy Medyc. 1889 i ostatnia przed śmiercią publikacya 1918, zapalenie opon nagminne 1894, zimnica 1891 w Kronice lek.).

Wreszcie ogłosił Hewelke sporo drobniejszych przyczynków kazuistycznych, poczynając od r. 1886 (wrodzona wada serca, Gaz. lek.) i przyczynków metodycznych (określanie objętości żołądka Gaz. lek. 1913) i t. d. Jako rozprawę doktorską wydał badania farmakologii fluorku sodu (Gaz. lek. 1889). Obok tych licznych publikacyi naukowych pozostawił Hewelke niemal drugie tyle rozpraw i artykułów z różnych działów medycyny i higieny społecznej (szpitalnictwo, ubezpieczenie społeczne, wychowanie fizyczne i t. p.), krytyki filozoficzno-lekarskiej, oraz spraw zawodowych. Nie było niemal ważniejszej takiej sprawy, w którejby nie zabrał głosu i nie dorzucił swych często bardzo trafnych uwag.

Dr Stanisław Gałecki należał do dobrych znawców gruźlicy. Urodzony w r. 1873 w Warszawie, ukończył tamże studya lekarskie w r. 1899, przez 4 lata pracował w szpitalu Dzieciątka Jezus na oddziale Wł. Janowskiego, poczem poświęcił się wyłącznie sprawie gruźlicy, jako asystent sanatoryów w Goerbersdorfie i w Davos. W r. 1908 został mianowany dyrektorem sanatoryum w Rudce. Zmarł w r. b. z duru plamistego. Oprócz sprawozdań z sanatoryum w Rudce (Zdrowie 1908, 1910, 1913, 1915), ogłosił drukiem badania nowej metody wykrywania cukru w moczu (Gaz. lek. 1901), kilka prac z zakresu higieny (Zdrowie 1900—1903), monografię popularną o gruźlicy (1902), dwukrotnie nagrodzoną i tłomaczoną na francuskie i rosyjskie, badania ciśnienia krwi i tętna w gruźlicy (Pamiętnik Tow. lek. i Medycyna 1905—1906) i kilka drobniejszych prac z tegoż zakresu (Nowiny lek. 1904, Gaz. lek. 1910, 1913).

Również ofiarą zawodu padł przedwcześnie zmarły w grudniu r. z. w Krakowie z tyfusu plamistego Dr Jan Boguszewski. Urodzony w r. 1881 na Litwie, odbywał studya lekarskie w Warszawie, Bernie i Genewie, a ukończywszy je w r. 1910, rozpoczął pracować jako lekarz praktyczny zrazu w Nowogrodzkiem, od roku 1912 w Wilnie, gdzie wkrótce zostawszy lekarzem naczelnym, rozpoczął gorączkową pracę naukową w zakresie statystyki i higieny społecznej, a zarazem założył i redagował kresowe pismo lekarskie polskie p. t. »Lekarz wileński«. Gdy wybuchła wojna, pospieszył w szeregi polskie i został lekarzem Legionów, a gdy nadwątlone zdrowie zmusiło go opuścić sztandary, poświęcił się z właściwym sobie zapałem pracy w »Czerwonym Krzyżu« w Krakowie, redagując zarazem założone w tym czasie czasopismo społeczno-higieniczne p. t. »Walka o zdrowie«. W lipcu 1918 został lekarzem sejmiku powiatu Miechowskiego i wśród tej pracy padł, jak żołnierz na posterunku. Jego śmierć jest wielką w istocie stratą; dokonał wiele, choć praca jego nie zjednała mu rozgłosu i nie została należycie doceniona, a rokował wiele więcej... Prawdziwie określono go następującą krótką charakterystyką we wspomnieniu pośmiertnem w »Gazecie lekarskiej« (1919 Nr 5): »Od tego człowieka promieniowało dziwne ciepło, promieniowała gorąca wiara w przyszłość naszą, szedł mocny zapał do wiedzy, do pracy na ukochanej niwie społecznej«.

Chlubne wspomnienie pracy obywatelskiej na polu politycznem i społecznem pozostawił po sobie zmarły w Poznaniu Dr Felicyan Niegolewski, długoletni poseł do Sejmu pruskiego i do parlamentu Rzeszy niemieckiej. Na charakter i kierunek pracy Niegolewskiego, urodzonego w r. 1868, przemożnie oddziałały żywe rodzinne tradycye ofiarnej służby narodowej; wszak bohater z pod Somosierry, Andrzej, był rodzonym dziadem Felicyana. Toteż Felicyan, ukończywszy studya lekarskie w Lipsku, Monachium i Paryżu, gdzie jakiś czas był asystentem Gałęzowskiego, wkrótce z praktyki lekarskiej przeszedł całkowicie do pracy narodowospołecznej. Pod koniec życia, w okresie wojny, organizował pomoc dla jeńców Polaków w Niemczech.

Zmarły w Krakowie w 56. roku życia Dr Paweł Radecki, wychowaniec Wszechnicy krakowskiej, miał pióro łatwe i barwne, prawdziwy talent dziennikarski i obok wykształcenia lekarskiego dużo wiedzy z zakresu społecznego. Toteż w młodych latach pisywał do prasy codziennej artykuły, zdające się rokować conajmniej dobrego popularyzatora, a biorąc u boku H. Jordana udział w ruchu higienicznospołecznym, objął z jego rąk redakcyę »Przewodnika zdrowia« pod koniec istnienia tego czasopisma. Ze szkodą dla piśmiennictwa popularnego społeczno-higienicznego odłożył potem Radecki zupełnie pióro i oddał się wyłącznie praktyce. C.

Wiadomości bieżące.

Z Sejmu. Jak donosiliśmy, wybrał Sejm komisyę sanitarną z 15 członków, wśród nich jest tylko 3 lekarzy: Dr Bobrowski, Malewski i Rottermund. Dwaj lekarze-posłowie nie weszli do komisyi sanitarnej: Dr Rząd i Załuska; poza komisyą pozostanie też wchodzący teraz do Sejmu jako poseł z Cieszyńskiego Dr Ryszard Kunicki. Sekretarzem komisyi jest p. Zofia Moraczewska. Jest rzeczą szczególną, że nie spożytkowano dla tej komisyi wszystkich sił fachowych, jakiemi Sejm w tak małej wogóle liczbie rozporządza. Komisya obraduje nad projektami najważniejszych

ustaw sanitarnych, które szczegółowo w komisyi wyłuszczył Minister Dr Janiszewski, oraz nad wnioskiem posła Dąbali, który w gruncie rzeczy zawiera tosamo, co przedłożone już przedtem przez rząd projekta ustaw i rozpoczęte już przez Ministerstwo zdrowia prace. Toteż w dyskusyi nad wnioskiem w pełnej Izbie sejmowej słusznie wskazał Minister na dotychczasową działalność Ministerstwa. Są we wniosku posła Dąbali jednak i pomysły nowe i zgoła oryginalne, jak n. p. aby powiatowe Rady zdrowia, wybierane przez obywateli, nadzorowały działalność lekarzy i oznaczały wysokość wynagrodzeń lekarskich w swoim powiecie... Jakie są horoskopy wobec takich wniosków w Sejmie i niewybrania do komisyi nawet wszystkich lekarzy, nietrudno się domyśleć. Wszedł również do Sejmu rządowy projekt ustawy o ubezpieczeniu w kasach chorych, dozwalający należeć do kasy każdemu obywatelowi państwa bez względu na wysokość dochodu, a nakazujący należeć do kas urzędnikom wszelkiej kategoryi (więc nie wyłączając najwyższych). Sejm uchwalił, by obrady nad tym dekretem zostały jako najrychlej przeprowadzone w osobnej komisyi.

Ten dekret i projekt ustawy o kasach chorych wywołał łatwo zrozumiałe zainteresowanie wśród tych lekarzy, którzy w zaborze niemieckim i austryackim zebrali już doświadczenia co do kas chorych. Z Wielkopolski udała się natychmiast do Warszawy delegacya, złożona z kolegów: Gantkowskiego (szefa Wydziału zdrowia), Karwowskiego, Pomorskiego i Schultza, która zwróciła się z przedstawieniem rzeczy do Ministra Janiszewskiego, do szerszych sfer lekarskich zapomocą »Stowarzyszenia lekarzy«, do Ministerstwa pracy i do posłów sejmowych, podnosząc przytem wobec kolegów warszawskich znaczenie i konieczność wprowadzenia Izb lekarskich. Misya kolegów wielkopolskich nie pozostała bez skutku: oto Stowarzyszenie lekarzy polskich zwołuje na 27. IV. 1919 do Warszawy konferencyę delegatów zrzeszeń lekarskich z całej Polski. Konferencya ta ma »obmyśleć sposób zrzeszenia wszystkich lekarzy Polski pod hasłem obrony spraw zawodowych«, przygotować program I. ogólnego Zjazdu, rozważyć projekty ustaw o kasach chorych i wypracować memoryał do Sejmu, rozważyć sprawę Izb i syndykatów lekarskich i wybrać tymczasową reprezentacyę zawodową ogółu lekarzy w państwie.

Warszawa. Liczba zachorowań na dur plamisty przekracza w ostatnim czasie w Warszawie 200 na tydzień. (Zdrowie 2).

— Delegacya Amerykańskiego Czerwonego Krzyża, do której należy także Dr E. F. Fronczak, podpułkownik wojsk amerykańskich, naczelny lekarz m. Buffalo, a członek Komitetu polskiego w Paryżu, przywiozła do Warszawy 70 wagonów leków i środków opatrunkowych.

Kraków. Minister zdrowia, doc. Dr T. Janiszewski, przybył d. 15. III. b. r. do Krakowa w Towarzystwie sekretarza min. Dr J. Zaorskiego oraz referentów prawniczych celem przejęcia spraw sanitarnych Galicyi pod bezpośredni zarząd Ministerstwa. Podczas tego pobytu postanowił Minister następujące zasady co do reorganizacyi służby sanitarnej w Galicyi:

Na obszarze byłego zaboru austryackiego tworzy się na razie jeden Okręgowy Urząd lekarski z siedzibą we Lwowie. Dopóki stosunki wojenne uniemożliwiają należyte urzędowanie w tem mieście, tymczasową siedzibą urzędu będzie miasto Kraków. Urząd ten obejmuje kompetencyę i agendy dotychczasowych departamentów sanitarnych Namiestnictwa i Wydziału krajowego, które zostają zwinięte i których personal przydziela się do O. U. L. i przenosi do Krakowa. Na razie pozostanie we Lwowie ekspozytura O. U. L. do załatwiania czynności służbowych, odnoszących się do miasta Lwowa i powiatów, zajętych operacyami wojennemi.

Wszystkie ustawy i rozporządzenia sanitarne, obowiązujące dotychczas w byłym zaborze austryackim, pozostają w mocy do czasu odwołania, a wszyscy urzędnicy państwowi zdrowia publicznego, jak również lekarze okręgowi i personal szpitali powszechnych w Krakowie i we Lwowie, przechodzą 1 kwietnia na etat Państwa polskiego z zachowaniem przysługujących im obecnie poborów i praw.

Przy O. U. L. utworzona będzie Okręgowa Rada lekarska, jako organ doradczy, opiniujący i wnoszący inicyatywę. Z łona Rady powołane będą sekcye dla poszczególnych zadań społeczno-sanitarnych, przy uwzględnieniu lub rekonstrukcyi istniejących już Towarzystw i organizacyi. Przy pomocy tych organów Dyrekcya O. U. L. dołoży starań w celu ożywienia i wzmocnienia działalności na polu walki z chorobami zakaźnemi ostremi i gruźlicą, zwalczania chorób wenerycznych i nierządu, walki z alkoholizmem, na polu opieki nad dziećmi, nad inwalidami, kalekami (ociemniałymi, głuchoniemymi), na polu sanacyi gmin, rozwoju zdrojowisk i t. d.

Dyrektorem Okręgowego Urzędu lekarskiego zamianował minister Dr S. Mikołajskiego ze Lwowa, który objął urzędowanie. Okręgowy Urząd lekarski mieści się w gmachu Starostwa (ul. Basztowa 22).

— Prof. Dr Wincentemu Łepkowskiemu nadał Naczelnik Państwa tytuł i charakter profesora zwyczajnego.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Stefan Wroński, podporucznik 4 p. p., rodem z Raciborowic.

Zmarli: Dr Adam Schmidt, lekarz okręgowy w Lipnicy murowanej, w 48 r. ż.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 13. Kraków, 29. marca 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 7 Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 50 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Rok LVIII Kraków, 29. marca 1919 Nr. 13

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Stan spółczesny chorób zakaźnych ostrych i metody ich zwalczania w Galicyi

napisał

Dr Adolf Kuhn,
krajowy inspektor sanitarny we Lwowie.

(Referat przygotowany na Zjazd w sprawie wyludnienia Polski, który się odbył 1. i 2. listopada 1918 w Warszawie).

(Dokończenie).

VI. Departament sanitarny Namiestnictwa w r. 1915 zainicyował budowę pięciu stałych szpitali epidemicznych w kraju; ż przyczyn od władz krajowych niezależnych dotychczas rozpoczęła się budowa tylko jednego takiego szpitala w Zakopanem, której koszt miał ponosić wspólnie kraj i rząd austryacki.

Gdy na porządku dziennym było wyodrębnienie Galicyi, tensam Departament sanitarny podjął myśl stworzenia państwowego pogotowia przeciw epidemiom w siedzibie Namiestnictwa we Lwowie. Potrzebę stworzenia takiej instytucyi nie trudno uzasadnić. W Galicyi z powodu długiej granicy wschodniej i z powodu szczególnych warunków mieszkaniowych i kulturalnych choroby zakaźne dotychczas nie wygasały, a przypuszczać należy, że i po wojnie stan podobny, a zrazu nawet może gorszy, nadal trwać będzie. Toteż niewątpliwie zachodzi konieczna potrzeba w sposób stanowczy i niezawodnie skuteczny wystąpić przeciw chorobom zakaźnym. Niepodobna rozrzucić po całym kraju odpowiedniej liczby stałych szpitali epidemicznych ze względu na olbrzymie koszta takiego przedsięwzięcia, a zresztą te szpitale stałe często znajdowałyby się nie tam, gdzie ich w danej chwili potrzeba. Również urządzanie szpitali, improwizowanych w lokalach adaptowanych, nie wszędzie jest możliwe, zazwyczaj wymaga dłuższego czasu i często nie wiedzie do pożądanego celu. Zadaniu odpowiedziećby mogło jedynie przygotowanie pewnej liczby szpitali przenośnych wraz z całem potrzebnem urządzeniem i z niezbędnym personalem*), każdy szpital w związku z kolumną sanitarną, którąby stanowiła łącznik między szpitalem a domem zakażonym i rodziną nawiedzoną chorobą zakaźną. Wszystkie te jednostki szpitalne wraz z kolumnami, połączone w organiczną całość, stanowiłyby krajową stacyę pogotowia epidemicznego.

Jednostki pogotowia, wysyłane do ognisk epidemii, musiałyby się składać z baraków, łatwo dających się przewozić, ustawiać, rozbierać i odkażać, dających się wystarczająco ogrzewać w porze zimowej; baraków, odpowiadających tym wszystkim wymaganiom, o ile mi wiadomo, dotychczas nie mamy i trzebaby odpowiedni typ baraków dopiero stworzyć.

Główna stacya pogotowia we Lwowie stanowiłaby kompleks domów mieszkalnych i magazynów i musiałaby być połączona szynami z dworcem kolejowym, a telefonem z departamentem sanitarnym Namiestnictwa.

Kierownik pogotowia, którym byłby lekarz państwowy, urzędnicy, pomocnicy i robotnicy pogotowia mieszkaliby w obrębie stacyi. Potrzebneby tu były następujące budynki, urządzenia i przedmioty: 1) mieszkanie dyrektora i urzędników (zastępca dyrektora, magazynier, aptekarz, mechanik); 2) mieszkanie służby sanitarnej (pielęgniarskiej i dezynfektorskiej); 3) mieszkanie robotników (warsztatowych i placowych); 4) warsztaty (stolarski, ślusarski, mechaniczny); 5) magazyny (baraki szpitalne, kuchenne i kancelaryjne, przenośne pracownie bakteryologiczne, sprzęty, pościel, bielizna, ubrania, leki, przybory szpitalne, środki i przyrządy dezynfekcyjne, natryski przenośne, przyrządy do wyjaławiania wody, samochody ciężarowe); 6) pralnia i prasowalnia; wreszcie 7) wozy kolejowe towarowe.

Instrukcyę dla kolumn sanitarnych opracował w ostatnich czasach Dr Napoleon Gąsiorowski, kierownik państwowej stacyi bakteryologiczno-rozpoznawczej we Lwowie.

Działalność stacyi pogotowia przedstawiam sobie następująco:

Skoro nadejdzie wiadomość o epidemicznem wystąpieniu jakiejś groźnej choroby zakaźnej w miejscowości, gdzie niema warunków do należytego urządzenia walki przeciw epidemii, departament sanitarny Namiestnictwa daje telefonem polecenie wysłania stosownego urządzenia na miejsce i urządzenie to, załadowane natychmiast, z potrzebnym personalem, po upływie 24 godzin może już być w drodze. W miejscowości oznaczonej ustawia się baraki, urządza je, personal stacyi wchodzi w styczność z czynnikami miejscowymi, dokonuje przeniesienia chorych do szpitala i obejmuje opiekę nad chorymi i nad ludnością miejscowości.

Wchodząc w niektóre szczegóły działalności pogotowia, winienem podnieść, że baraki pogotowia będzie się ustawiać ile możności najbliżej ogniska epidemii, przy pierwszorzędnych drogach ze względu na konieczną łatwość komunikacyi samochodowej. Ważną będzie sprawa przewożenia względnie dowożenia chorych do szpitala, a obmyślenie najlepszych środków przewozowych będzie konieczne.

Obecnie używa się u nas przyrządów dezynfekcyjnych parowych i parowo-formalinowych przewoźnych, które się ustawia w ognisku epidemii i zazwyczaj dostawia do grup domów, a nawet do poszczególnych domów nieco dalej położonych. Z powodu nader złych dróg w naszych wsiach i miasteczkach przyrządy te bardzo rychło się psują. Dlatego też i przyrządy dezynfekcyjne należy ustawiać, podobnie jak baraki, przy gościńcach, a dowozić do nich odzież i pościel zakażoną w odpowiednich skrzyniach.

VII. Nakoniec słowo w sprawie kompetencyi władz w sprawie zwalczania chorób zakaźnych. Czynność ta dzieli się między władze państwowe (starostwo, namiestnictwo, ministerstwo) i władze samorządne (gminy i obszary dworskie). W § 43. austryackiej ustawy o zwalczaniu chorób zaraźliwych z r. 1913 powiedziano w tej sprawie; »Wdrożenie, przeprowadzenie i zabezpieczenie wszelkich przepisanych niniejszą ustawą dochodzeń i zarządzeń w celu zapobiegania chorobom, podlegającym obowiązkowi doniesienia, jakoteż w celu ich zwalczania, względnie nadzorowanie i popieranie zarządzeń wydawanych w pierwszym rzędzie przez gminy, należy do zadań władz politycznych«. Ustawa z r. 1870, o czem już wyżej była wzmianka, zalicza »wykonanie środków miejscowych dla zapobieżenia chorobom zakaźnym i ich rozszerzeniu się« do »poruczonego« zakresu działania gmin.

*) Pomysł ten podały w zasadzie w r. 1909 ankiety w sprawie ustawy o zwalczaniu epidemii, urządzone w Galicyi, a w czyn wprowadziły go teraz w znacznym stopniu kolumny sanitarne K. B. K., zorganizowane przez prof. E. Godlewskiego. Wynikiem starań po ankiecie naszej z r. 1909 było też wprowadzenie do austryackiej ustawy o epidemiach wzmianki o szpitalach przenośnych w § 7. Przyp. Redakcyi.

Z tego brzmienia ustaw wynika, że wdrożenie, przeprowadzenie i zabezpieczenie wszelkich środków zaradczych, a więc wszelka czynność, zmierzająca do zapobieżenia epidemii, względnie do zwalczenia jej, ma się odbywać staraniem i kosztem Państwa, a gminy są obowiązane do wydawania zarządzeń w poruczonym zakresie, w pierwszym rzędzie, niejako w zastępstwie władzy państwowej, a mianowicie, skoro tylko przypadek choroby zakaźnej dojdzie do ich wiadomości, i to tylko do czasu, dopóki władza państwowa nie wkroczy.

Zdawałoby się, że gminy nie powinny ponosić żadnych ciężarów z powodu zwalczania chorób zakaźnych, skoro państwo ma się starać o to, aby chorób zakaźnych nie było. Tymczasem ustawa austryacka z r. 1913 przesuwa na gminy znaczną część kosztu zwalczania chorób zakaźnych, jak n. p. koszt tak zasadniczych zarządzeń, jak odosobnienie chorych (urządzenie i prowadzenie szpitali epidemicznych) i dezynfekcya. Obowiązki takie przekraczają zdolność finansową większości gmin galicyjskich przy teraźniejszym ich ustroju, to też spełnienie ich pozostałoby w tych warunkach przeważnie niewykonalnem.

VIII. Kończąc ten referat, w którym usiłowałem dać obraz dotychczasowego sposobu zwalczania chorób zakaźnych w Galicyi i uwydatnić niedomagania na tem polu, podnoszę, że każda poprawa w zakresie walki przeciwko chorobom zakaźnym musi się odbić korzystnie na liczebności i na zdrowiu naszego społeczeństwa, że zatem zapobiegnie w pewnej mierze wyludnieniu Polski. Mając ten cel przed oczyma, podaję do rozważenia następujące sprawy:

1. Stworzenie krajowej stacyi pogotowia przeciwepidemicznego.
2. Wykształcenie i zorganizowanie służby sanitarnej przeciwepidemicznej.
3. Zorganizowanie ruchomych kolumn sanitarnych.
4. Opracowanie budowy i urządzenia przenośnego barakowego szpitala epidemicznego, odpowiadającego naszemu klimatowi.
5. Wprowadzenie przymusu co do ochronnego szczepienia przeciwko ospie.
6. Wyrażenie opinii co do szczepień ochronnych przeciwko cholerze i durowi brzusznemu.
7. Rozszerzenie działalności państwowych stacyi bakteryologicznych.

Notatka słownikowa
prof. Browicza.

śródopłucnie, intrapleural.
śródnerwowo, intraneural.
miejscowy, tubylczy, homeotop.
przybyszowy, heterotop.
kiściorzęse, lophotricha.
okólnorzęse, peritricha.
odtrutny, antitoxicus.
nerkotrutny, nephrotoxicus.
wątrobotrutny, hepatotoxicus.
świdrowcogubny, trypozid.
włoskowce, trichomycetes.
jad niedziałalny, Toxoid.
miareczkowanie, titriemétrie.
leczenie pracą, gimnastyczne, ćwiczeniami, Übungstherapie.
miernik rozciągliwości cewki, Urethrometer.
zrost palców, symphalangia.
próba cieniowa, skiascopia.
obraz cieniowy, skiagramma.
nadłonowy, suprasymphysär.
odjęcie małżowiny nosowej, turbinectomia.
przedęcie, hyperaëria.
woszczyny, węza, Honigwabe.
trzepotanie się serca, Herzflimmern.
olbrzymiość wątroby, hepatomegalia.
przecięcie łonowe, hebo(pubio)tomia.
przecięcie kości łonowych, hebosteotomia.
krwiak miedniczki, Haemonephrose.
leczenie krwią, haemotherapia.
tamujący krwawienie, haemostypticus.
palec młotkowaty, Hammerzehe.
granuloza (chem.), granulosis.
jaglica (patol.), granulosis.
zarodnikowanie, sporulatio.
jad uliczny, Strassenvirus.

Oceny i sprawozdania.

Leczenie surowicami i szczepionkami bakteryjnemi.

Sprawozdanie poglądowe.

Podał Prym. **Dr Antoni Krokiewicz.**

(Ciąg dalszy).

VIII. Jequiritol i surowica jequiritol. W nasionach modligroszka czyli jequiryty (abrus praecatorius) znajduje się według Koberta toksalbumina, t. zw. abryna. Wecker zwrócił uwagę okulistów (1882) na napar nasion modligroszka; Kobert otrzymał czystą abrynę, a Ehrlich przedsięwziął doświadczenia uodparniania zwierząt abryną. Wykazały one, że zwierzęta, żywione systematycznie abryną, stają się przeciw niej odporne. Według Ehrlicha wytwarza się naówczas we krwi ciało, t. zw. antyabryna, która paraliżuje działanie trujące abryny. Ehrlich stwierdził, że rozczyn abryny, podobnie jak napar jequiryty, wywołuje zapalenie spojówek oka, które może sprawić wyjaśnienie zmętnień, przez łuszczkę powstałych. Ta wartość lecznicza jequirity jest od dawna znana. W Brazylii i w Indyach używano od kilku stuleci naparu jequirity przeciw chorobie oczu (Brazie). Naukowe badania Weckera, Sattlera, Reussa, Hippela, Coppeza, Knoppa i t. d. wyświeciły własności nasion jequirity. Niepewne dawkowanie, jakie wydarza się przy naparze jequirity i następowe częstokroć zbyt silne zapalenia oczu, skłoniły do wyrabiania jequiritolu i surowicy jequiritolu, które to przetwory wprowadził Römer do lecznictwa. Jequiritol jest przetworem nasion modligroszka, sporządzonym wśród szczególnych ostrożności. Jest rozczynem wyjałowionym z dodatkiem 50% gliceryny i ściśle nastawionym na działanie fizyologiczne, przez co zabezpiecza dokładne i bezpieczne dawkowanie, co jest niemożliwem przy stosowaniu abryny i naparu jequirity. Merck wyrabia jequiritol w 4 odmianach. Nr I. jest tak nastawiony, że 0,01 cm sz. zabija napewne białą mysz o wadze 20 grm po podskórnem wstrzyknięciu w ciągu 4 dni; Nr II. jest 10 razy silniejszy, niż Nr I.; Nr III jest 10 razy silniejszy, niż II, a IV 10 razy silniejszy, niż III. Przez zakroplenie jequiritolu do oka wywołuje się zapalenie, wśród której następuje surowicze przesiąknięcie powierzchownych warstw rogówki, a przez to szybkie wessanie wysięków chorobowych rogówki. Zmętnienia rogówki wyjaśniają się, o ile są powierzchowne; przy głębokich zmianach w rogówce (keratitis parenchymatosa) skutek niepewny, boć ten przetwór nie działa na głębsze warstwy rogówki. Przy zapaleniach woreczka łzowego nie można go stosować.

Surowicę jequiritol otrzymuje się w myśl zasady Behringa. Niweczy ona rychło działanie jequiritolu w ustroju ludzkim, i to tak przy stosowaniu miejscowem (do worka spojówkowego), jak przy wstrzykiwaniu podskórnem. Zaprawia się surowicę dla przechowania 0.25% fenolem. Ma ona tak silną własność uodparniającą, iż 0·1 cm sz. wystarczy, aby białą mysz uodpornić przeciw 100-krotnej dawce śmiertelnej jequiritolu, skoro się równocześnie wstrzyknie mieszankę jequiritolu ze surowicą jequiritolu. Jequiritol i surowicę jequiritol wyrabia Merck. Leczenie odnośne, wprowadzone przez Römera, polecają Kraus, Salffner, Best, Collins i w. i. Uważają oni jequiritol za dzielny środek, wyjaśniający zmętnienia na tle łuszczki i blizn. Nie wolno stosować jequiritolu przy ropieniach rogówki, owrzodzeniach i świeżych sprawach w rogówce.

Rampoldi poleca jequiritol przy raku i gruźlicy powiek i twarzy. Wstrzykuje kilka kropli rozczynu w miejsce zropiałe, przez co wytwarza się obumarcie i zabliźnianie w tem miejscu.

IX. Surowica przeciwrakowa. Przyczynę nowotworów złośliwych rakowych odnosił E. Doyen do »micrococcus neoformans«. Odpowiednią szczepionką i surowicą leczniczą miał on otrzymywać pomyślne wyniki. Dziś wykazano, że »micrococcus neoformans« nie znajduje się we wszystkich guzach rakowych. Toteż zaprzeczają wartości leczniczej tej surowicy w nowotworach rakowych, a Paine, Morgan, Delbet, Chasanow, przypisują jej nawet szkodliwe działanie.

X. Surowica meningokokowa. Jochmann zastosował skutecznie pierwszy u ludzi odnośną surowicę, uzyskaną przez zastrzykiwanie meningokoków u koni. Prawie równocześnie Kolle i Wassermann ogłosili swą surowicę, ale bez doświadczeń u chorych. Surowicę Jochmanna wytwarza Merck (oddział Dr Landmanna) według prawideł, stosowanych przy wyrabianiu surowicy paciorkowcowej i pneumokokowej. Zawiera ona sporo aglutynin i bakteryolizyn i ochrania zwierzęta przeciw śmiertelnej dawce meningokoków. Surowica meningokokowa jest bakteryotropiczną. W celu otrzymania surowicy szczepi się konia o ile możności wielką ilością szczepów meningokokowych, świeżo wyhodowanych z cieczy mózgowordzeniowej, — i to najpierw podskórnie, a potem w coraz to większych ilościach śródżylnie hodowlami obumarłemi, a w końcu hodowlami żywemi. W ten sposób uzyskana surowica wielowartościowa wykazuje wysoki stopień aglutynacyi i umożliwia odróżnianie szczepów prawdziwych od nieprawdziwych. 0·5 cm sz. surowicy Jochmanna ochrania myszy przed skutkami wstrzyknięcia do jamy brzusznej 4—6-krotnej dawki tychże ziarenkowców, jeżeli je wstrzyknięto równocześnie lub na drugi dzień. Surowica Jochmanna wstrzymuje stanowczo rozwój meningokoków.

Jochmann wstrzykiwał najpierw surowicę podskórnie i zauważył wpływ korzystny na dalszy przebieg choroby. Następnie wstrzykiwał on do kanału kręgowego po 20 cm sz. surowicy po wypuszczeniu poprzedniem 30—50 cm sz. cieczy mózgowordzeniowej, skoro się gorączka podniosła. Zwykle nie było ubocznego działania surowicy; ciepłota ciała obniżała się; ustępowały bóle głowy, sztywność karku i zajęcie przytomności. Według Schönego śmiertelność spadła z 40% na 27%. Arnold wstrzykiwał również surowicę przez nakłucie lędźwiowe (na razie 4 przypadki). Ponieważ wstrzykiwanie takie może być niebezpieczne, więc Schöne radzi naprzemian stosowanie surowicy podskórnie i przez nakłucie lędźwiowe. Bardzo polecają surowicę Weiss, Eder, Netter, Debre, Grysez i Dopter. Wstrzykiwania do kanału kręgowego są skuteczniejsze, niż podskórne. Według Blocha, Göpperta, Jochmanna wstrzykiwania surowicy są skuteczne tylko w samym początku choroby. Compans radzi stosować surowicę meningokokową przy zmianach tryprowych w stawach i ścięgnach. W świeżych przypadkach wystarczają wstrzykiwania podskórne 20 cm sz. surowicy.

XI. Surowica przeciwwąglikowa. Sclavo i Marchoux wytworzyli surowicę dla biernego uodparniania i dla leczenia; otrzymywali oni różne wyniki. Dopiero Sobernheim przez t. zw. Simultanmethode osiągnął bezsprzecznie wyniki lecznicze. Według niego wstrzykuje się zwierzęciu równocześnie surowicę przeciwwąglikową, zawierającą ciała ochronne i osłabioną hodowlę prątków wąglikowych. Sobernheim uważa tę metodę za nieszkodliwą i trwale uodparniającą. Wypróbował ją na 4.300 sztukach bydła w okolicach i oborach, w których zaraza nagle wystąpiła lub od długiego już czasu panowała. Z chwilą zastosowania szczepienia zaraza wąglikowa zupełnie wygasła. Metoda Sobernheima okazuje tę wyższość nad szczepieniem pasteurowskiem, iż przez nią zwierzęta są silniej i trwalej uodpornione; jest o wiele bezpieczniejsza i pewniejsza. Niemniej ważnem jest, że szczepienie metodą Sobernheima jest jednorazowe, a metodą Pasteura dwurazowe (w ciągu 12 dni). Przy metodzie Sobernheima odporność wytwarza się w 8—10 dniach, a przy metodzie Pasteura najwcześniej w 3 tygodnie od pierwszego zaszczepienia. Dla leczenia wąglika u człowieka wyrabia Merck szczególniejszą surowicę, korzystnie działającą. Wilms opisuje dwa przypadki, leczone tą surowicą. Jeden z nich zasługuje na uwagę i przedstawia się pokrótce następująco: U chorego na lewej skroni wytworzyła się krosta wąglikowa z następowym obrzękiem całej lewej strony twarzy i szyi. Chory doznawał nudności, wymiotów, trudności połykania i silnego osłabienia. Po wstrzyknięciu śródżylnem 20 cm sz. surowicy wystąpiły silne poty wśród podwyższenia ciepłoty, a następnego dnia zauważono polepszenie. Po drugiem wstrzyknięciu 15 cm sz. surowicy obrzęk na twarzy ustąpił, a po 6 dalszych wstrzyknięciach częścią podskórnych, częścią śródżylnych, choroba przybrała przebieg korzystny. Według Wilmsa przy ciężkiem zakażeniu wąglikowem metoda Sobernheima daje najlepsze wyniki. Lären po zastosowaniu śródżylnem 30—40 cm sz. surowicy Sobernheima spostrzegał niekiedy silne obniżenie ciepłoty ciała, atoli obrzęki zapalne i zajęcie przytomności bardzo powoli ustępowały, nie tak rychło, jak to podają inni. Potrzeba jeszcze więcej doświadczeń.

XII. Surowica pneumokokowa. Fränkel uzyskał odporność pewnego stopnia u królików, które przebyły sztuczne zakażenie pneumokokami. Klemperer, Emmerich i Favitzky, Foa i Carbonne, Mennes, Pane, Neufeld i Mosny, wytwarzali surowice antytoksyczne, względnie przeciwbakteryjne i stosowali je w celu leczniczym przy zapaleniu płuc. Zdania co do skuteczności podzielone. Korzystniejsze wyniki stosowania surowicy przeciwpneumokokowej zauważyć można, odkąd Römer dokładniej zbadał zapalenie pneumokokowe oka (ulcus corneae serpens) i wykazał, że istoty ochronne, wytworzone w ustroju, a względnie doń wprowadzone, dostają się i do tkanki rogówki. Na życzenie Römera wyrabia Merck surowicę przeciwpneumokokową od r. 1903 pod nazwą handlową: »Römers Pneumokokken-Serum«. Wytwarza ją z rozlicznych szczepów pneumokoków, które wstrzykuje koniom, krowom i owcom i następnie miesza surowicę tych różnych zwierząt i bada jej skuteczność na chorym. Tego sposobu badania musiał użyć Römer, gdyż oznaczenie wartości surowicy na zwierzęciu okazało się niemożliwem, a to prawdopodobnie z powodu małej jadowitości szczepów, przeważnie z wrzodu pełzającego (ulcus serpens) rogówki wyhodowanych. Landmann, kierownik oddziału serologicznego w pracowni Mercka, wytworzył przez użycie bardzo jadowitych, przeważnie z zapalenia płuc u ludzi wyhodowanych pneumokoków, surowicę, której równomierną siłę można ustalić doświadczalnie. Wyrób tej surowicy, znajdującej się w obiegu pod nazwą: »Pneumokokken-Serum Merck« pozostaje pod kontrolą Zakładu patologii doświadczalnej we Frankfurcie nad Menem; jej siła określona przez I. E. Jeśli 0·01 cm sz. surowicy może ochronić mysz białą przeciw 10—100-krotnej dawce śmiertelnej żywej hodowli, to surowica zawiera w 1 cm sz. jedną jednostkę odporności (I. E.). Obecnie wyrabiana surowica zawiera w 1 cm sz. zazwyczaj 20 I. E. (C. d. n.).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo ginekologiczne krakowskie.

Towarzystwo ginekologiczne krakowskie odbyło d. 25. lutego 1919 w sali wykładowej kliniki położniczo-ginekologicznej pierwsze posiedzenie po blisko 5-letniej nieczynności, spowodowanej wypadkami wojennymi. Prezes Towarzystwa kol. B. Wojciechowski poświęcił na wstępie gorące wspomnienie zmarłym członkom Towarzystwa: ś. p. prof. Dobrowolskiemu i Krzysztoniowi, oraz ś. p. prof. Glińskiemu i prof. Marsowi. Zebrani uczcili przez powstanie pamięć zmarłych.

Uchwalono następnie po ożywionej dyskusyi wznowić działalność Towarzystwa w dawnym zakresie przez urządzanie posiedzeń i demonstracyi naukowych, do współudziału w których zaproszono przedstawicieli także innych działów medycyny; uchwalono również stałą roczną subwencyę dla »Przeglądu lekarskiego«, jako częściowy zwrot kosztów za ogłaszanie komunikatów Towarzystwa.

Do zarządu Towarzystwa na rok 1919 wybrano prezesem prof. Rosnera, wiceprezesem kol. Akermanna, skarbnikiem kol. Friedmanna, sekretarzem kol. K. Piotrowskiego. Uchwalono wreszcie poprzeć usilnie działalność krakowskiego Towarzystwa lekarskiego przez urządzanie odczytów i demonstracyi, oraz wniosek, aby prezydyum zajęło się powołaniem na nowo do życia istniejącego przed wojną Towarzystwa ginekologów polskich.

W sprawie publikacyi Ministerstwa zdrowia.

Rządy zaborcze nie dopuszczały, prócz Galicyi, nigdzie lekarzy Polaków do publicznej służby zdrowia, to też tam lekarze polscy nie starali się o przygotowanie się do stanowisk urzędowych i nie posiadali go wcale. Organizując polską administracyę sanitarną, trzeba więc było zaczynać od stworzenia dla niej kadrów, od kształcenia kandydatów. Ministerstwo zdrowia bardzo trafnie obok urządzenia osobnych w tym celu kursów postarało się odrazu o opracowanie i wydało własnym kosztem szereg podręczników, specyalnie przeznaczonych dla lekarzy urzędowych. Ponieważ jednak obok bardzo dobrych są wśród tych podręczników i rzeczy słabsze (jak wskazywaliśmy w zeszłorocznych ocenach tych wydawnictw), oraz ponieważ dla niektórych działów podręczników jeszcze brakuje, przeto konieczne jest kontynuowanie tych wydawnictw, aby braki uzupełnić, a słabsze podręczniki w ponownych wydaniach poprawiać i doskonalić. Kilka

świeżych wydawnictw zdaje się wskazywać, że Ministerstwo istotnie zamierza ten dział swych wydawnictw dalej rozszerzać.

Obok tych wydawnictw musiało Ministerstwo zdrowia siłą rzeczy podjąć nieodzowne wydawnictwo praw i rozporządzeń sanitarnych i higieniczno-społecznych, jako tak zwany pospolicie »dziennik urzędowy«. To wydawnictwo, będące dotąd rodzajem czasopisma, wydawanego w różnych, niestałych odstępach czasu, a noszące (niezbyt szczęśliwą) nazwę »Biuletynu«, obejmowało dotąd oprócz wydanych już, jako obowiązujące, rozporządzeń (»dekretów«), także projekta różnych ustaw, oraz sprawozdania z prac organizacyjnych. Sądzimy, że to wydawnictwo Ministerstwa zdrowia nie może i nie powinno się tylko do tego ograniczać. Przedewszystkiem musi ono w przyszłości objąć dział statystyczny, skoro tylko zorganizuje się w Polsce należycie statystykę sanitarną. Oprócz trwalszej swej wartości, ma przecież statystyka taka także wielką doniosłość aktualną, praktyczną, jako wykładnik publicznego stanu zdrowia; musi przeto być peryodyczną, wskutek czego i pomieszczająca ją publikacya musi wychodzić punktualnie w stałych odstępach czasu, conajmniej raz na miesiąc. To jedno. Powtóre, jeżeli sprawy zdrowia publicznego mają w Polsce postępować nietylko za śladem postępów Zachodu, ale, i to przedewszystkiem, samodzielnie, to konieczna jest prawdziwie czynna, twórcza współpraca całej administracyi sanitarnej, na wszystkich jej szczeblach, bez opuszczania się na inicyatywę i pomysłowość władzy centralnej. Koniecznym takiej zbiorowej czynnej współpracy warunkiem jest ustawiczne dalsze kształcenie się wszystkich lekarzy urzędowych, jest ciągłe zapopoznawanie się z nowemi zdobyczami wiedzy lekarskiej, a szczególnie ze zdobyczami w tym specyalnym dziale higieniczno-sanitarnym i higieniczno-społecznym. Skoro zaś przy olbrzymim dzisiaj rozroście tego działu nie mieliby lekarze urzędowi środków, ani czasu na to, aby studyować cały ruch zagraniczny na tem polu, przeto nieodzowną jest rzeczą dać im w rękę przynajmniej przewodnik, rejestrujący ważniejsze zdobycze naukowe i praktyczne i wskazujący źródła, skąd czerpać można szczegółowe wiadomości. Jednem słowem uważalibyśmy za niezbędne obok przemiany »Biuletynu« na czasopismo peryodyczne i obok zamieszczania w nim nietylko praw, rozporządzeń i sprawozdań urzędowych, ale także statystyki sanitarnej z całego Państwa, — stworzenie w tem czasopiśmie działu sprawozdawczego z zakresu higieny publicznej i społecznej. Dział ten powinien być prowadzony jak najsumienniej i uwzględniać nietylko wszelkie wybitniejsze publikacye angielskie, amerykańskie, niemieckie, francuskie i włoskie, ale także ważniejsze fakta i zdarzenia, o których wiadomość mogłaby być pożyteczna lub pożądana dla lekarzy urzędowych.

Osobno należałoby się zastanowić nad tem, czy takie czasopismo miałoby pomieszczać także oryginalne prace z zakresu higienicznego i higieniczno-społecznego. C.

W sprawie szpitalnictwa w Polsce.

Szpital powinien być instytucyą państwową. Uzależnienie budowy szpitala od uczuć humanitarnych bogatej jednostki czy ciała zbiorowego, względnie przerzucenie ciężaru budowy na nie, nie jest słuszne. Państwo powinno stworzyć jaknajlepsze warunki dla pielęgnowania zdrowia i utrzymania życia ciała tak, jak to czyni dla ducha przez szkołę i inne instytucye kulturalne.

Szpital powinien być instytucyą, dostępną dla wszystkich i bezpłatną. Jeżeli nie płacimy bezpośrednio policyi, która nas broni przed złą wolą współobywateli, to na tejsamej podstawie nie powinniśmy płacić za to, że organa, do tego powołane, bronią naszego zdrowia. Zresztą Galicya może już mieć własne w tej sprawie doświadczenie. Ściąganie opłat szpitalnych, prócz konieczności utrzymywania w każdym szpitalu maszyny administracyjnej bardzo kosztownej, prócz zawalenia urzędów politycznych aktami opłat szpitalnych, dotyka w wysokim stopniu te warstwy, które właśnie najmniej się ku temu nadają. Nad biedakiem, który nic zupełnie nie posiada, nie wisi groźba opłat szpitalnych. Lecz już grozi ona małorolnym chłopom, a przez wprowadzenie zbiorowej rodzinnej odpowiedzialności za należytości lecznicze doprowadza do takich absurdów, że dziadek średnio zamożny, mający kilkoro wnucząt rodziców biednych, musi za nich wszystkich nawet kilkakrotnie w razie umieszczenia ich w szpitalu płacić. Biedny urzędnik, który odważy się mieć służącą, drży, by nie zachorowała, bo w razie choroby i oddania do szpitala musi płacić za nią za 28 dni. Wskutek bezpośredniego ściągania opłat szpitalnych unikają szpitala warstwy małorolne wiejskie i proletaryat inteligencyi, (robotnicy mają kasy chorych), a w związku z tem rozwija się pokątne partactwo lecznicze ze wszelkiemi jego następstwami.

Jeżeli staniemy na stanowisku, że państwo powinno wszystkim potrzebującym tego obywatelom dać możność bezpłatnego leczenia szpitalnego, to nasze Ministerstwo zdrowia ma przed sobą w tej dziedzinie olbrzymią wprost pracę. Sejm Polski, kraju, tak upośledzonego w dziedzinie ochrony życia, będzie musiał uchwalić »program szpitalny«, przewidujący planowe i celowe pokrycie kraju gęstą siecią szpitali. Dla opracowania tego programu szpitalnego i dla wprowadzenia go w życie powinno mieć Ministerstwo osobny wydział, któryby zajął się wyłącznie tą ważną dla kraju sprawą. Praca na lat dziesiątki.

Upaństwowienie wszystkich szpitali, a przez to ujednostajnienie typu szpitalnego łączyłoby się z przejęciem administracyi szpitalnej przez Ministerstwo zdrowia. Administrowanie choćby tylko już istniejącymi szpitalami pociągnie za sobą stworzenie dużego Wydziału administracyjnego. Te dwa wydziały — Wydział administracyi szpitalnej i Wydział budowy nowych szpitali, musiałyby być połączone w jedną Sekcyę szpitalnictwa. Tylko taka osobna Sekcya, podlegająca wprost Ministrowi, będzie mogła na odpowiednim poziomie postawić nasze szpitalnictwo.

Dopóki szpitalnictwo nie zostanie odpowiednio zorganizowane, dotąd cała praca Wydziału zwalczania chorób zakaźnych ostrych i Wydziału zwalczania chorób wenerycznych pozostanie pracą papierową, wszelkie wysiłki, zmierzające do obniżenia śmiertelności, nie odniosą należytego skutku.

Dr J. Bujalski (Tarnów).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 26. III. 1919 posiedzenie, na którem prezydent Dr Schoengut mówił o Izbach lekarskich w państwie, a Dr Blassberg miał wykład o szczepieniach przeciwdurowych.

— Władze państwowe zarządziły, aby Wydziały Izb lekarskich sprawowały nadal swe czynności aż do czasu, gdy będą możliwe nowe wybory, oraz aby Izba zachodnio-galicyjska nosiła odtąd nazwę »Izby lekarskiej w Krakowie«, a wschodnio-galicyjska — »Izby lekarskiej we Lwowie«.

— Towarzystwo ginekologiczne krakowskie odbyło d. 18. III. 1919 posiedzenie, na którem przedstawiali przypadki chorobowe i preparaty: prof. Rosner, Dr Markowa, Szancenbach, Rychliński i Radwańska.

— Zarząd biblioteki Towarzystwa lekarskiego krakowskiego składa podziękowanie kol. Dr Weinsbergowi za dzieła, ofiarowane bibliotece. Bibliotekarz: Dr Blassberg.

Zmarli: Dr Aleksander Czaplicki, założyciel i długoletni prezes kieleckiego Towarzystwa lekarskiego i naczelny lekarz szpitala św. Aleksandra, uczestnik powstania r. 1863, w 74 r. ż. w Kielcach; Dr Józef Weber, st. ordynator szpitala św. Stanisława w 54. r. ż. w Warszawie; okulista Dr Tytus Kicki w 59. r. ż. we Lwowie; Dr Wilhelm Przybyszowski, lekarz miejski w Żabnie, w 52 r. ż.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 14. Kraków, 5. kwietnia 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 50 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LVIII. Kraków, 5. kwietnia 1919. Nr. 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z instytutu dentystycznego Wszechnicy lwowskiej.

Krzywa szyja wywołana ropowicą, powstałą od pierwszego dolnego zęba trzonowego i wyprostowanie jej ortopedyczne.

Podali

Prof. Dr Antoni Cieszyński i Dr Józef Aleksiewicz.

W połowie kwietnia 1918 odczuwał 9-letni Dawid Hausberg ból zęba w lewej szczęce dolnej; wkrótce pojawił się silny obrzęk i równocześnie wykrzywiła się głowa ku prawej stronie. Robiono okłady z wody kwaśnej; stan jednak się nie poprawił, a bóle w szczęce się powiększyły. Rodzice zdrowi, nie chorowali na kiłę. Chłopiec rzekomo nigdy nie chorował poza odrą w 4. roku życia; żadnego urazu w okolicę szyi nie doznał.

Stan obecny: 4. V. 1918. Chłopiec wątły. Wybitne przekrzywienie głowy ku prawej stronie i naprzód, broda zwrócona ku lewej stronie i górze; kręgosłup w okolicy szyi przekrzywiony w prawą stronę i bagnetowo poniżej łopatek w prawą, poza tem silne skrzywienie kręgosłupa ku przodowi. Pomiar skoliosometrem L = 4, P = 8½. Próba naprostowania głowy jest ogromnie bolesna i wskutek tego niemożliwa.

Silny, lśniący, twardy i bolesny obrzęk lica lewego i okolicy podszczękowej lewej; gruczoły podszczękowe z powodu obrzęku nie są wymacalne, szczękościsk tak silny, że nawet po próbie powolnego rozwarcia szczęk klinem, palca między zęby wprowadzić nie można. Gruczoły na szyi z obu stron wielkości grochu, miejscami w pakietach, niebolesne. Mięśnie mostkowo-obojczykowo-sutkowe nie są twarde, lewy poniżej wyrostka sutkowatego przy nacisku cokolwiek bolesny, wyrostek zaś sutkowaty sam nie jest bolesny, ani przy nacisku, ani przy opukiwaniu. W uchu zewnętrznem ani środkowem po obu stronach zmian stwierdzić nie można; skóra na głowie bez zmian. Z prawej strony od kręgosłupa pole 2 × 2 cm, bolesne przy nacisku (gruczoł chłonny potyliczny); za mięśniem mostkowo-obojczykowo-sutkowym lewym pole 2 × 5 cm, przy silniejszym nacisku bolesne (gruczoły chłonne szyjne). Okolica gruczołu przyusznego po prawej stronie bez zmian. Gardło i migdałki, jak stwierdzono po otwarciu szczęk w uśpieniu podczas operacyi, nie wykazują żadnych spraw zapalnych. Skóra na szyi gładka i przesuwalna. Odruchy kolanowe i źreniczne prawidłowe. Ciepłota 39·5°.

Stan uzębienia:

6	V̇	IV̇	III	II	1	1	II	III	IV	V̇	6
6	Ṿ	—	III	2	1	1	2	III	4	5 ×	6 ¨ *)

Objaśnienie znaków: Cyfry arabskie: stałe uzębienie. Cyfry rzymskie: mleczne uzębienie. × korzeń. · ząb chory o miazdze żyjącej. ·· ząb chory o miazdze obumarłej *) zgorzel miazgi, obrzęk dziąsła przy nacisku bardzo bolesny.

Rozpoznanie: Ropowica podszczękowa po lewej stronie z powodu ostrego zapalenia ozębnej pierwszego zęba trzonowego dolnego i okostnej żuchwy. Krzywa szyja (caput obstipum, torticollis) nawykowa po prawej stronie.

Leczenie: 4. V. 1918. Po uśpieniu eterowem dwa nacięcia poniżej krawędzi żuchwy o 4 cm długości; wypływa kieliszek ropy; kość szczękowa gładka. Wyjęcie głęboko spróchniałego lewego dolnego pierwszego zęba trzonowego ze zgorzelą miazgi, wyłyżeczkowanie zębodołu i wyjęcie korzenia 2. mlecznego zęba trzonowego. Przepłukanie rany zewnętrznej, setonowanie gazą, której 4 cm przepojone kamfenolem Chlumskyego. Opatrunek wilgotny. Podczas uśpienia próbuje się naprostować doraźnie skrzywienie szyi, co się okazuje możliwem; głowa powraca jednakowoż do dawnego położenia. W dniach następnych setonowanie rany i opatrunek, jak powyżej opisano; przy zmianie opatrunku zakłada się na 5 minut ssawkę Klappa. Próby prostowania szyi z powodu wybitnej bolesności zaniechano.

Na 5. dzień po operacyi obrzęk znacznie zmalał, ropienie ustaje, przy nacisku gruczoły chłonne przed i za mięśniem mostkowo-obojczykowo-sutkowym jeszcze bolesne. Także opukiwanie 5. i 6. kręgu karkowego wywołuje ból. Zdjęcie rentgenowskie nie wykazuje żadnych zmian w kręgach. Badanie w klinice chirurgicznej (przez prof. Rydygiera) nie wykazuje również żadnych zmian w kręgach szyjnych.

22. V. 19. Rana zewnętrzna zagojona. Jeszcze teraz chory jest bardzo wrażliwy na każdą gwałtowniejszą zmianę położenia. Chory trzyma głowę zupełnie tak samo, jak przed operacyą. Doraźne, powolne prostowanie szyi rękoma w myśl zawieszenia głowy jest po kilku minutach wprawdzie bardzo bolesne, ale już wykonalne. Głowa powraca jednakowoż po kilkunastu sekundach do dawnego położenia.

24. V. 18. Chory zostaje oddany w leczenie Dr Aleksiewicza dla ortopedycznego naprostowania krzywej szyi. Wyprostowanie głowy na równi pochyłej. Wieczorem tego samego dnia założono z opasek gipsowych gorset Calota z kołnierzem i obręczą na czoło, przyczem chorego zawieszono pionowo; dalej wycięto okno i utworzono tem samem dostęp do krtani. W trzy dni później powiększono wycięte oko dla ułatwienia oddychania i swobodniejszych ruchów. 31. V. t. j. w tydzień po założeniu gorsetu, wycina się przednią i boczną lewą część pierścienia czołowego, pozostawiając tylko prawą stronę i część tylną jako podpórkę, między którą wkłada się wałek waty celem uzyskania hyperkorekcyi. W dwa tygodnie po założeniu gorsetu chory nie odczuwa już żadnego bólu, może nawet sam utrzymać głowę w linii pionowej, a w dniach następnych (od 18. VI. 18) swobodnie przesunąć w stronę lewą.

Celem uzyskania wyniku trwałego zakłada się jeszcze na pięć dni opaskę na głowę na wysokości czoła i przechyla się głowę w celu hyperkorekcyi, jak daleko można w bok i ku przodowi, zbliżając ją do obojczyka; jeden koniec opaski zostaje przywiązany do kołnierza, drugi zaś do dolnej krawędzi gorsetu po lewej stronie. Końce opaski zwalnia się raz do dwóch razy dziennie, ażeby umożliwić czynne ruchy głowy we wszystkie strony na przeciąg 5 minut.

23. VI. 18. następuje zdjęcie gorsetu, który zostaje w ten sposób rozcięty, ażeby mógł być w razie potrzeby każdej chwili założony na nowo. Szyja wyprostowana zupełnie, ruchy swobodne, żadnej bolesności w okolicy szyi ani po prawej ani po lewej stronie, ani w okolicy mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego, ani w okolicy kręgów stwierdzić nie można. Kręgosłup także i w części piersiowej zupełnie prosty. Chory wygląda dobrze; należy nawet przypuszczać, że przybrał na wadze.

Leczenie następowe: Ruchy czynne i bierne, ćwiczenia hyperkorekcyjne, miesienie ręczne mięśni szyi i wibracyjne. Leczenie to następowe trwa dwa tygodnie.

Pod nazwą krzywej szyi (torticollis, caput obstipum) rozumiemy nieprawidłowe trzymanie głowy w ten sposób, że głowa zostaje ustalona w pozycyi fizyologicznej abdukcyi i to stale lub przejściowo. Innemi słowy głowa zostaje pochylona na stronę jednego ramienia, gdy broda jest zwrócona w stronę przeciwną i nieco podniesiona ku górze.

Statystyka poucza, że cierpienie to nie jest częste, a już pewne jego odmiany — jak wyżej opisana — należą do rzadkości. Poliklinika monachijska za czas od 1879 do 1889 na 67.919 chirurgicznych chorych zliczyła 1444 zniekształtnień różnego rodzaju, a w tem 7 przypadków szyi krzywej (= 0·49%). Dollinger stwierdził na 859 zniekształtnień 17 przypadków t. j. 2%. Większą część tych przypadków stanowi krzywa szyja wrodzona, zatem cierpienie, które nie ma nic wspólnego z obrazem chorobowym opisanym. W sprawie powstawania tej formy skrzywienia obok prac starych Dieffenbacha, Stromeyera i Petersena znana jest znakomita praca Kadera.

Przypadek zaś krzywej szyi wyżej opisany zaliczyć można do grupy przykurczeń mięśniowych nawykowych. Silne natężenie bólu zęba trzonowego o charakterze bólu rozpromieniającego się przy ostrej sprawie zapalnej w szczęce dolnej lewej ze swemi następstwami spowodowało przekrzywienie nawykowe głowy na stronę prawą. Chory taki ręką, zbrojną w chustkę, podpiera całemi dniami chorą szczękę, szukając ulgi, przyczem w mniemaniu chorego chustka ma chronić od »zaziębienia fluksyi«. Obraz, często widywany i dostatecznie znany z codziennego życia.

Przy zapaleniu ozębnej brzękną równocześnie gruczoły chłonne, spełniając swoje zadanie ochronne, najprzód bliższe podszczękowe, później dalsze szyjne; o ile zapalenie ma charakter ostry, stają się przy ruchach i dotykaniu bardzo bolesne. Przy zapaleniu tkanki okołogruczołowej wszelkie ruchy głowy są bardzo bolesne. U naszego chorego poza obrzękiem gruczołów chłonnych podszczękowych i szyjnych wyczuwaliśmy po stronie lewej chorej twarde miejsce bolesne, dość szeroko rozlane za mięśniem mostkowo-obojczykowo-sutkowym, powstałe prawdopodobnie na podstawie zapalenia naczyń chłonnych. Skutkiem tego chory przy każdej próbie wyrównania nawykowego skrzywienia uczuwał ból w tem miejscu po lewej stronie szyi, skutkiem czego samoistnych prób zaniechał, a bronił się przed biernemi. Mięsień zaś mostkowo-sutkowo-obojczykowy po stronie lewej, otoczony powiększonymi gruczołami bolesnymi, mając z przodu ropień bolesny w okolicy podszczękowej, z tyłu na potylicy bolesne gruczoły, sprawnie działać nie mógł.

Z nacięciem ropnia i usunięciem chorego zęba usunięta została przyczyna: ustąpił zatem i obrzęk twarzy, ale czas trwania sprawy zapalnej już wystarczył, aby mięsień po stronie zdrowej uległ przykurczeniu skutkiem dłużej trwającego przybliżenia się punktów przyczepu. Skurcz mięśnia, raz powstały i utrwalony, staje się z dnia na dzień silniejszym, zmusza do przykurczenia więzadła stawowe, powięź a nawet skórę i nosi miano przykurczenia samorodnego (contractura myogenes spontana, Hueter), zależnego od woli, w odróżnieniu od przykurczenia objawowego, uwarunkowanego przez skurcz »a priori« chorego mięśnia.

Zaznaczyć należy wyraźnie, że objawy zapalne istniały po lewej stronie; skurcz mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego istniał zaś po prawej stronie. Nie może być zatem mowy o tem, ażeby przekrzywienie szyi powstało wskutek przejścia sprawy zapalnej na ten mięsień lub wywołało podrażnienie nerwu dodatkowego prawego. Małe gruczoły chłonne podszczękowe po stronie prawej niebolesne mogły powstać prawdopodobnie na tle zołzów, są objawem sprawy przewlekłej i nie mogły bezwarunkowo spowodować ani podrażnienia nerwu X prawego, ani zapalenia prawego mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego, który był przy silniejszym nacisku niebolesny.

Takie postacie nawykowe znane są wśród przykurczeń zgłaszających się do ortopedy. Są to n. p. stopy szpotawe u dzieci, powstałe skutkiem nawykowego trzymania stóp w łóżeczku, dalej u niektórych woźniców trzymanie palców zgiętych, następnie często teraz spostrzegane w szpitalach wojskowych ustawienie stóp w położeniu stopy końskiej, zwłaszcza u chorych obłożnie, leżących bez ruchu, u których nawyk jest silnie wspomagany przez ciężkie okrycia (wełniane, grube derki). Wspomnieć należy także o wyrównawczej stopie końskiej w przypadkach skrócenia jednej kończyny. Nawyk chorego w takim przypadku jest usprawiedliwiony chęcią wyrównania chorej kończyny w celu uzyskania równowagi w chodzeniu, a dalej przykurczeniem powięzi szerokiej przy zapaleniu stawu biodrowego, przyczem nie ropa lub ropień zimny jest przyczyną skurczu, ale szukanie dla chorego takiego położenia, w jakiem najmniej na ból się naraża. Przypadki takie, najbardziej zbliżone do naszego, najlepiej go tłumaczą.

Rokowanie przy szyi krzywej zależy od przyczyny. Inne przy krzywej szyi, spowodowanej schorzeniem kręgów, inne przy krzywej szyi, powstałej wskutek chorób nerwowych lub zmian skórnych. Postać mięśniowa, pozostawiona sobie samej, stale się pogarsza, a przez odpowiednie leczenie daje dobre wyniki metodą bezkrwawą, w cięższych przypadkach i drogą operacyi krwawej.

Leczenie krzywej szyi polega na przywróceniu funkcyi skurczonemu mięśniowi, bądź to zabiegami ortopedycznymi w przypadkach świeżych, a nie przestarzałych, w których już doszło do zmian organicznych, bądź też na wyrównaniu mięśnia do długości mięśnia zdrowego zabiegiem operacyjnym, co w różny sposób osiągnąć można. Ale i zabiegiem operacyjnym samym sprawa nie zostaje wyleczona; towarzyszyć mu musi odpowiedni opatrunek, kołnierz lub gorset ustalający, a w końcu leczenie następowe, polegające na odpowiednich biernych i czynnych ruchach głowy.

Ponieważ mieliśmy do czynienia w przypadku opisanym z przypadkiem skrócenia, w którym nie doszło jeszcze do zmian organicznych, obraliśmy drogę ortopedyczną. W tym celu stosuje się gorsety Hessinga, używane w Niemczech przy zmianach kręgów karkowych, wreszcie rozmaitego rodzaju »krawaty« z kartonu, szkła wodnego lub skóry. Cisną one i nie zawsze spełniają swe zadanie.

Lorenz używa diademu gipsowego. Jestto wianek z gipsu, który ma po stronie chorej na stałe przytwierdzone kółko. Służy ono jako punkt zaczepienia dla opaski, która przeprowadzona przez kółko i umocowana do pewnego punktu tułowia, przechyla głowę na stronę zdrową. Podobny do sposobu Lorenza jest sposób, używany stale przez Calota, który i w naszym przypadku zastosowaliśmy. Polega on również na okrężnej opasce naokoło ciała, ale ma dwa punkty zaczepienia dla redresyi. Jeden przechyla głowę w bok, drugi podnosi brodę ku górze, działając od potylicy. Wynika stąd przekręcenie głowy na stronę przeciwną w sensie istoty szyi krzywej.

Na zakończenie wspomnieć musimy, że w naszym przypadku założony został opatrunek, obejmujący cały tułów, spód czaszki i głowę. Obrano go dlatego, ponieważ u chorego zaczęło wyraźnie występować wyrównawcze skrzywienie kręgosłupa w części piersiowej ($L = 4$. $P = 8^1/_2$). Skrzywienie to trwało nawet wówczas, gdy chory po zawieszeniu na równi pochyłej przez kilka minut miał głowę ustawioną prosto, która potem znów wracała do nawykowego skrzywienia. Opatrunek gipsowy, obejmujący szyję, bo tylko taki mógł w tym przypadku skutecznie działać, umożliwiłby wprawdzie hyperkorekcyę, byłby jednakże za ciężki i mógłby wpływać na skrzywienie się dalsze chorego. Skutkiem tego silne skrzywienie kręgosłupa ku przodowi powiększałoby się, co razem wzięte wiodłoby wprawdzie do uleczenia jednej, ale pomogłoby do powstania drugiej, może cięższej, sprawy.

Wybrałem zatem (Aleksiewicz) opatrunek Calota tego rodzaju, jaki stale zakładam przy próchnieniu kręgów. Opatrunek taki dobrze ustala, a przez odpowiednie wycięcie nie jest ciężki. Wianek gipsowy na głowie służył jako punkt zaczepienia dla kłębów waty, które wpychałem między gips a czaszkę i w ten sposób przekręciłem głowę na stronę przeciwną już czwartego dnia po założeniu opatrunku. W czwartym tygodniu wreszcie zrobiłem użytek z wyżej opisanego opatrunku redresyjnego Calota, którym osiąga się najskuteczniejszą hyperkorekcyę.

Co się tyczy przyczyny powstania krzywej szyi, opisany przypadek należy do nader rzadkich. W piśmiennictwie stomatologicznem nie znajdujemy żadnej analogicznej sprawy. Objawy tak ciężkie pojawiły się u dziewięcioletniego chłopca, u którego ząb trzonowy dolny wyrósł dopiero przed trzema laty. W krótkim tym czasie podległ pierwszy ząb trzonowy spróchnieniu, przebył zapalenie miazgi, miazga przeszła w stan zgorzelinowy, stała się przyczyną zapalenia ozębnej i okostnej oraz ropowicy, która spowodowała zapalenie gruczołów chłonnych i tkanki okołogruczołowej oraz krzywą szyję nawykową wraz ze skrzywieniem kręgosłupa. Przyczyna więc stosunkowo bardzo częsta, w tym zaś przypadku o bardzo poważnych następstwach. Stan chorobowy, odgrywający się przeważnie na tle nerwowem, był tak ciężki, że objawy skrzywienia kręgosłupa nie ustępowały mimo wygojenia się sprawy w szczęce dolnej i ropowicy po usunięciu przyczyny t. j. chorego zęba.

Należy więc przypuszczać, że stan ten nawykowy, który pojawił się u dziecka dziewięcioletniego, pozostałby na całe życie i spowodowałby zmiany odżywcze i patologiczne w stale

skurczonym mięśniu, które Hueter nazywa »nutritive Schrumpfung«. Mięsień straciłby raz na zawsze zdolność rozkurczania się, o ile bezpośrednio po wygojeniu się spraw zapalnych pochodzenia zębowego nie zabranoby się do wyleczenia krzywej szyi drogą ortopedyczną.

Oceny i sprawozdania.

Leczenie surowicami i szczepionkami bakteryjnemi.

Sprawozdanie poglądowe.

Podał Prym. **Dr Antoni Krokiewicz.**

(Ciąg dalszy).

Surowicę stosuje się przy wrzodzie pełzającym rogówki zapobiegawczo i leczniczo. W celach zapobiegawczych wstrzykuje się podskórnie w udo 20 I. E. i zakłada na zranione oko opaskę ochronną. W cięższych przypadkach wstrzykuje się podskórnie 200 I. E. i co godzinę wkrapla zakraplaczem kroplę surowicy do worka spojówkowego na dno wrzodu. Jeśli po 24 godzinach wrzód dalej się szerzy, to wstrzykuje się powtórnie 200 I. E.; podobnie postępuje się przy istniejącem zapaleniu tęczówki. Leczenie to ma stanowić podobno znaczny postęp (Nedden, Paul i in.). Wanner poleca równoczesne stosowanie podskórne surowicy i obumarłej hodowli pneumokoków.

Korzystne działanie surowicy przy zapaleniu włóknikowem płuc opisują: Pässler, Knaut, Linden, Stein, Winkelmann, Tauber, Migsowicz, Schäffer, Crux i w. i. Im rychlej się wstrzykuje, tem lepsze wyniki. Wstrzykiwania surowicy są nieszkodliwe; wstrzykuje się podskórnie 200—400 I. E. i w razie potrzeby powtarza się w 3—4 następnych dniach ten zabieg. U starców dla zapobieżenia wystąpieniu zapalenia opadowego płuc radzą wstrzykiwać też 200—400 I. E.

XIII. Surowica przeciw jadowi wężów. Już w starożytności kuszono się o uodpornienie przeciw jadowi wężów i poniekąd to uzyskano. Podobnie, jak dziś, wprowadzano do ustroju coraz to większe dawki jadu i uodparniano ustrój czynnie. Czynne uodparnianie jest jednak niemożliwe w razie zatrucia, gdyż zatrucie bardzo szybko postępuje. Leczenie ogranicza się naówczas do wprowadzenia do ustroju antytoksyn. Pierwszy Calmette zajmował się naukowo wytwarzaniem odnośnej surowicy. Otrzymał on surowicę z osłów i koni, które uodparniał przeciw jadowi żmii. Surowica Calmettea, przechowywana w ciemni i chłodzie, utrzymuje długo swe własności; traci je jednak zaraz po ogrzaniu nad 50° C. Siła uodporniająca wynosi najmniej 1:10000, t. j. wystarczy królikowi o wadze 1 kg. wstrzyknąć 0·1 cm sz. surowicy, aby go uodpornić przeciw następnie wstrzykniętej dawce 1 mg wysuszonego jadu okularnika (Kobra). Dawka ta w zwykłych warunkach zabija równie silne zwierzę kontrolne. U człowieka, ukąszonego przez węża, działa surowica jeszcze w 1½ godziny od chwili zatrucia. Według Calmettea surowica jego jest skuteczna przeciw jadom wszystkich wężów (Kobra, Trimeresurus, Naja Haje, Cerastes, Crotalus, Botrops, Hoplocephalus, Vipera etc.). W przypadkach ukąszenia zakłada się podwiązkę w sąsiedztwie rany, wymywa się ranę świeżo sporządzonym rozczynem wodnym chlorku bielącego (calcaria chlorata) (1:60) i wstrzykuje podskórnie w udo u dzieci 10 cm sz.. a u dorosłych 20 cm sz. surowicy. W przypadkach złośliwych należą zastosować zdwojoną dawkę. Równocześnie wstrzykuje się do rany i naokoło niej w 3—4 miejscach tą samą strzykawką 8—10 cm sz. rozczynu wodnego chlorku wapniowego, aby zniweczyć jad miejscowo, który jeszcze nie uległ wessaniu. Następnie zdejmuje się podwiązkę, choremu podaje się środki napotne i podniecające (gorącą herbatę, kawę), poczem go się rozciera i nakrywa. Nie należy podawać ani amoniaku, ani wyskoku: nie należy wypalać rany.

Surowicę przeciw jadom wężów wytwarzali oprócz Calmettea Farland, Birch-Hirschfeld, Brazil i t. d. Brazil wyrabiał surowicę przy działaniu jadu wężów: Crotalus i Botrops, żyjących w Brazylii, przeciw ukąszeniu których surowica Calmettea nie skutkuje. Surowice Brazila mają posiadać wysoką wartość uodporniającą i bardzo korzystnie działać po wstrzyknięciu śródżylnem w ilości 20—60 cm sz. Wogóle dziś jeszcze nie rozstrzygnięto, czy surowica otrzymana zapomocą jadu różnych wężów pomaga przeciw ukąszeniu wszystkich wężów, czy też przeciwko ukąszeniu tych wężów, z których została wytworzona.

(Ciąg dalszy nastąpi).

W sprawie zadań lekarzy przy poborach do wojska.

(Z powodu artykułu pod tym tytułem w Nr 5. »Przeglądu lek.«).

Armie dzisiejsze zupełnie są niepodobne do armii wczorajszych. Dawne armie były dla cesarzy, a dla okrasy dodawano i dla ojczyzny (Vaterland), a armie obecne są dla narodu i za naród, a więc dla siebie i za siebie.

Stąd i zasadnicza różnica w traktowaniu żołnierza. Dawniej przez długie trzy lata ordynarnemi słowy, pięścią i kolbą, codziennemi nużącemi ćwiczeniami i t. d. wyrabiano z żołnierza bezmyślną maszynę, aby na dorocznych »cesarskich ćwiczeniach«, a raczej zabawkach, bez szemrania ostatnim tchem odbywał forsowne marsze, przechodził wpław rzeki, a potem zapełniał szpitale z powodu zapalenia płuc (fakta widziane w 1890 pod Cieszynem i 1893 pod Krakowcem), a na wojnie aby na rozkaz cesarza bez wahania pławił bagnet w piersi brata, grabił, palił i mordował, a wreszcie sam ginął. Dziś to wszystko należy do przeszłości. Dziś państwa są tworami narodowymi, w których wszyscy są obywatelami, pojęcie służby wojskowej wypływać musi samoistnie z duszy obywatela, a żołnierz musi też być traktowany po obywatelsku.

Służba wojskowa w państwach narodowych w zasadzie będzie — bo musi być — bardzo krótka. Ćwiczenia wszystkie ograniczone zostaną do ćwiczeń koniecznych, głównie higieniczno-gimnastycznych. Jeżeli dodamy do tego wprowadzenie dobrego odżywienia, dobrego ubrania, czystość ciała, bielizny, pościeli i całego otoczenia, pewną systematyczność, pewien rygor, jako korzystne wpływy na charakter, — to zrozumiemy, że odbycie tego krótkiego okresu służby wojskowej trzeba uważać za okres życia higieniczno-wychowawczy, a okres taki potrzebny dla każdego człowieka. Chyba tylko wybitny kaleka, człowiek z wadą serca, lub przewlekłą chorobą nerek może być wolny od służby wojskowej; wszyscy inni, nawet ludzie wątlejsi, obciążeni usposobieniem do gruźlicy, mogą wprost dla własnego dobra odbyć podobną służbę, gdyż tak w zapobieganiu, jak i w leczeniu początków gruźlicy umiarkowana praca na świeżem powietrzu jest czynnikiem uzdrawiającym, jak dowodzą doświadczenia lekarzy angielskich.

Dziś więc nie ścieśniać nam granic, określających zdolność do służby wojskowej, ale owszem te granice rozszerzać, a artykuł »W sprawie zadań lekarzy przy poborach do wojska« ma cel przeciwny. Idąc w myśl autora wspomnianego artykułu, niewielu zapewne uznałoby się przy poborach za zdolnych do służby wojskowej, a tymczasem, według naszego przekonania, procent ten powinien być bardzo wysoki, a sumienny lekarz przy użyciu zwykłych metod badania oznaczy ten procent sumiennie, bez uszczerbku zdrowia własnych współobywateli. I inne myśli wspomnianego autora są błędne. Odsyłanie wszystkich żalących się od komisyi poborowej do komisyi lekarskich, złożonych z trzech lub czterech wytrawnych klinicystów, byłoby utrudnianiem całej akcyi poborowej i tworzeniem niepotrzebnego balastu. W interesie służby wojskowej i zdrowia pojedynczego obywatela niewiele większą daje gwarancyę badanie przez trzech, czterech klinicystów od badania jednego dobrego i sumiennego lekarza.

Nie możemy się też zgodzić na żądanie autora: »aby jedynie lekarz orzekał o zdolności do służby wojskowej powołanego«. Znaną jest rzeczą — co niestety dobitnie podczas wojny obecnej udowodnione zostało — że niema takiej dziurki, przez którąby wielbłąd obładowany złotem nie przeszedł; niechże więc tych dziurek będzie więcej, to zawsze wielbłąd będzie miał większą pracę, niechże więc i kierujący w komisyi poborowej ma jakiś głos.

Nie zachwycam się także użyciem przez autora zwrotu o »powołaniu lekarza, które nie zna granic kraju, ani różnicy stanu«. Najpierw byłem Polakiem, a potem zostałem lekarzem. Ani wiedza, ani powołanie nie może działać wbrew interesowi narodu.

Projekt rubryk statystycznych przy poborze jest mrzonką. Jeżeli dzisiaj lekarz przy poborze może dziennie załatwić około 150 ludzi, a pobór w powiecie trwa conajmniej trzy tygodnie, to odpowiednio do projektowanych rubryk czynność lekarza co do czasu badania jednego popisowego przedłuży się wielokro-

tnie, jak ja liczę 20-krotnie; wtedy na pobór w powiecie potrzebaby było 60 tygodni, a rok ma tylko 52 tygodnie.

Należy jeszcze zastanowić się nad sprawą żołnierza podczas wojny. Spełniając najszlachetniejszy obowiązek, składa on wtedy zdrowie i życie na ołtarzu Ojczyzny. Ale dlaczego mają być powołani do tego tylko najidealniej zdrowi? Może zimny rozum społeczno ekonomiczny, instynkt zachowawczy narodu wymagałby raczej, aby na wojnie ginęły jednostki mniej odporne, mniej zdrowe? Pozwólmy więc przynajmniej tym ludziom, którzy przez lekarza zostali uznani za dostatecznie zdrowych, być obrońcami Ojczyzny. Trudy wojny bez szkody dla siebie wytrzymają, a życie, które ewentualnie mogą oddać za Ojczyznę, jest dla nich co najwyżej tyle warte, co i tych ludzi idealnie zdrowych.

Ale właściwie obrona Ojczyzny wymaga czego innego. Gdy wróg Ojczyźnie zewsząd zagraża, gdy byt Ojczyzny zachwiany w podstawach, wtedy naród, godny jeszcze miana narodu, staje cały do obrony, wtedy wszyscy, młodszy, czy starszy, zdrowszy, czy mniej zdrowy, chwytają za broń, by ratować wolność kraju. A my dziś, kiedy wrogowie otoczyli nas zwartym pierścieniem i łakną naszego zniszczenia, my dziś mamy tworzyć armię, ale tylko z ludzi, uznanych za idealnie zdrowych przy zastosowaniu wszelkich metod badania?! Takie wymagania, to wprost niebezpieczeństwo pozbawienia Ojczyzny armii, a więc zguby Ojczyzny.

O tak! Obrońcy Lwowa, obrońcy Śląska, obrońcy innych kresów, krwawcie się dalej; my podziwiamy wasze bohaterstwo, my w interesie waszym wiecujemy, zbieramy składki i t. d., ale pomocy wam nie damy, bo nie mamy armii. A nie mamy armii, bo utworzone według wniosku kol. J....i komisye poborowe, stosując wszelkie metody badania, uznały z popisowych za niezdolnych: 10% z powodu wązkiej aorty, 10% z powodu szerokiej aorty, 10% z powodu zbyt małego serca, 10% z powodu powiększenia serca, 10% z powodu krzywiczej klatki piersiowej, 10% z powodu płaskiej klatki piersiowej, 10% z powodu płaskiej stopy, 10% z powodu żylaków na nogach, 10% z powodu otwartego kanału pachwinowego, 10% z powodu wychudzenia przez głód, 10% z powodu otyłości.

A wy, obrońcy kresów, krwawcie się bohatersko dalej.

A gdybyście ulegli, wtedy my schylimy kark pod buta ciemięzcy, albo, jeżeli wzbudzi się w nas uczucie godności narodowej, to — bez specyalnych komisyi poborowych — chwycimy za broń, ale czy nie zapóźno?

Dr Aleksander Hicner (Jasło).

Dalszą dyskusyę na ten temat Redakcya zamyka, nadmieniając, że według ostatniego rozkazu Ministerstwa spraw wojskowych (Monitor polski z 22. II. 1919 Nr 43) mają być żołnierze, niezdolni do służby ze względu na stan zdrowia, zwalniani z wojska na zasadzie wniosku lekarza danego oddziału przez komisyę superrewizyjną, złożoną z 2 lekarzy i jednego oficera.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na wniosek Dyrektora okręgowego Urzędu lekarskiego zamianował Minister zdrowia publicznego członkami okręgowej Rady lekarskiej: posła Dr Emila Bobrowskiego, prof. Dr Browicza, prof. Dr Ciechanowskiego, prof. Dr Godlewskiego, prof. Dr Kostaneckiego, prof. Dr Krzyształowicza, inż. Andrzeja Kłeczka, prof. Dr Lewkowicza, Mr. ph. Mikuckiego, prof. Dr Nitscha, prof. Dr Nowaka, prof. Dr Rosnera, prez. Dr Schönguta, prof. Dr Wachholza, prof. Dr Pilza. Nadto do składu okręgowej Rady lekarskiej wchodzi dyrektor okręgowego Urzędu lekarskiego i jeden inspektor. Dyrektor jest przewodniczącym Rady. Ukonstytuowanie Rady nastąpiło 5. IV. 1919 na posiedzeniu, którego porządek dzienny obejmował podział Rady na sekcye, sprawozdanie o stanie chorób zakaźnych (refer. Dr Momidłowski) i program prac w sekcyach.

Zmarli: Dr Jan Muszalski, były prezes kowieńskiego Towarzystwa lekarskiego, w 66 r. ż. w Warszawie, Dr Wacław Karol Goldman w 33 r. ż. w Strykowie, Dr Stanisław Zasacki w Krakowie.

Redakcya otrzymała: Janowski: 1) Prawidłowe tłomaczenie i prawidłowa nazwa części składowych normalnej krzywej żylnej w świetle współczesnych pojęć o jej powstawaniu. 2) Tyreotuberkuloza, czyli o postaci rzekomobazedowicznej gruźlicy płuc. (Gaz. lek. 1918. 1919). — Erbrich: Zwężenia tchawicy i oskrzeli głównych. (Wydawnictwo Gazety lek.). Warszawa 1919. (Cena 8 M. 80 fen.).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w marcu 1919:

Gazeta lekarska Nr 9.—13.: Rozenfeld· Przypadek nagłej śmierci po śródżylnem wstrzyknięciu strofantyny (9). — Bernhardt: Erythrodermia congenitalis ichtyosiformis (9—10). — Zaleski K.: Kilka słów w sprawie przebiegu klinicznego choroby, wywołanej przez zatrucie gazami (10—11). — J. Zawadzki i J. Jaworski: Ś. p. O. Hewelke (11). — Kummant: Niezwykły przypadek podjęzykowej torbieli skórzastej (13). — Bychowski: Przyczynki do neurologii wojennej (12—13).

Zagadnienia rasy Nr 3. Wesołowski: Czynniki wyludniające i stanowisko wśród nich chorób wenerycznych. — Dalszy ciąg artykułów Wernica i Miklaszewskiego.

Zdrowie Zesz. 2.: Besiekierski: Zarys programu rozwoju zdrojowisk krajowych.

Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego. Tom 114. Rok 1918.: Erlichówna i Jonscher: Z hematologii dziecięcej.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 15. Kraków, 12 kwietnia 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 50 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: Redaktor główny, Członkowie: Dr W. Damski, prezes Tow. lek. krak.; dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Do dzisiejszego Nru załącza się prospekt: Chirurgia „Operacyjna. Prof. Dr R. Węgłowski“.

Rok LVIII. Kraków, 12. kwietnia 1919. Nr. 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Przypadek śmierci z powodu »natychmiastowego odczynu«

Podał*)

Dr Tadeusz Tempka.

Ponieważ ciężki przebieg choroby posurowiczej jest rzadki, a zejście śmiertelne należy do nadzwyczajnych wyjątków, uważam za wskazane przytoczyć tu w krótkości tego rodzaju przypadek, który spostrzegałem w szpitalu polowym w r. 1917.

16. kwietnia przyjęto do szpitala 24-letniego piechura K. F., u którego stwierdziłem objawy oponowe; w mętnym płynie mózgowordzeniowym stwierdzono meningokoki. 18. IV. otrzymał chory 25 cm³ surowicy przeciwmeningokokowej przez nakłucie lędźwiowe; 20. IV. zrobiłem ponowne nakłucie (płyn mniej mętny, zawierał dwoinki Weichselbauma) i wstrzyknąłem 25 cm³ surowicy. W ciągu następnych czterech dni wystąpiła wyraźna poprawa co do wszystkich objawów; piątego dnia jednak zwiększyła się znowu sztywność karku, bóle głowy i objaw Kerniga, wskutek czego wykonałem ponowne nakłucie lędźwiowe (25. IV.) i zastosowałem 25 cm³ surowicy.

Dotychczasowe trzy wstrzyknięcia surowicy zniósł chory bardzo dobrze; tylko podczas samego wstrzykiwania skarżył się na ciągnące bóle w kończynach dolnych. Za każdym razem wypuszczałem około 30—35 cm³ płynu mózgowordzeniowego. Ani bezpośrednio, ani też w następnym dniu po wstrzyknięciu surowicy nie okazywał chory żadnych objawów przewrażliwienia (anafilaksyi).

Stan chorego pogarszał się jednak coraz więcej z każdym dniem: objaw Kerniga, sztywność karku, bóle głowy, brak apetytu i wychudnienie postępowały szybko, a nadto chory coraz częściej tracił przytomność. Ze względu na ten przebieg choroby, gdzie już nic nie było do stracenia, przystąpiłem jeszcze raz do nakłucia lędźwiowego, a mianowicie 4. maja, t. zn. w 10 dni po ostatniem, w 17 dni po pierwszem wstrzyknięciu surowicy. Jak poprzednich, tak samo i tego nakłucia dokonałem na chorym leżącym; po wypuszczeniu 35 cm³ płynu mózgowordzeniowego wstrzyknąłem pod małem ciśnieniem i bardzo powoli 25 cm³ surowicy.

Mniej więcej w pół minuty po wstrzyknięciu chory zesiniał nagle bardzo silnie z wyjątkiem twarzy, która była bladożółta; w obrębie powiek, otworu nosowego i ust wystąpił również nagle silny obrzęk. Źrenice były rozszerzone, oddech przyspieszony, ale miarowy i głęboki. Uderzenie koniuszkowe serca i tętno tętnicy sprychowej znikły od samego początku; przy osłuchiwaniu serca można było stwierdzić bardzo głuche, słabe, jakgdyby z głębi dochodzące tony. Chory był przytomny, ale bardzo niespokojny i okazywał nadzwyczajne uczucie trwogi. Na skórze nie widziałem żadnej wysypki, na badanie moczu nie było czasu.

Mimo natychmiastowego wstrzyknięcia podskórnego kamfory i kofeiny, a śródżylnie digalenu, nie mogłem pobudzić serca do czynności. Chory tracił powoli przytomność, ruchy oddechowo stawały się coraz płytsze i rzadsze i wreszcie w 4 godziny po wstrzyknięciu surowicy nastąpiła śmierć.

Sekcya dała następujący wynik: ropne zapalenie opon miękkich na podstawie i wypukłości mózgu, przekrwienie i obrzęk tkanki mózgowej i opon, rozszerzenie komór nieznacznego stopnia. W innych narządach zmian nie było.

W płynie uzyskanym przy ostatniem nakłuciu wykazano meningokoki.

Sądzę, że w przytoczonym przypadku chodziło o typową chorobę posurowiczą, a mianowicie jej najostrzejszą formę, t. zw. »odczyn natychmiastowy«, stanowiący analogię do wstrząsu anafilaktycznego królików i świnek morskich; przybrała ona tutaj wyjątkowo gwałtowną formę i była bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego. Okolicznością sprzyjającą do wywołania stanu anafilaktycznego była z jednej strony wielka ilość surowicy (75 cm³), zużyta przy poprzednich trzech nakłuciach, z drugiej zaś dosyć duży okres czasu, jaki upłynął między trzeciem, a ostatniem wstrzyknięciem. Wysypki skórnej, ani odczynu miejscowego nie było; wpłynął na to prawdopodobnie fakt, że surowica została wprowadzona do ustroju nie podskórnie, tylko pod oponę twardą.

*) Przypadek z b. austryackiego szpitala polowego 109.

Oceny i sprawozdania.

Leczenie surowicami i szczepionkami bakteryjnemi.

Sprawozdanie poglądowe.

Podał Prym. **Dr Antoni Krokiewicz.**

(Ciąg dalszy).

XIV. Surowica gronkowcowa. Leczenie surowicą gronkowcową dotychczas nie daje wybitnie korzystnych wyników, gdyż dotąd nie udało się otrzymać surowic wysokowartościowych. Odnośne surowice antytoksyczne i bakteryobójcze wyrabiali: Viquerat, Petersen, później: Kolle i Otto, Pröscher i Reichenbach. Najlepsza jeszcze jest surowica Kollego, inne są słabe i potrzeba ich użyć przynajmniej w ilości 500 cm sz. i więcej. Dla otrzymania surowic używano obumarłych i żywych jadowitych hodowli gronkowców (staphylococcus). Kolle przez wstrzykiwanie królikom obumarłej hodowli otrzymywał surowicę silnie aglutynującą. Parascandolo radzi używać dla celów uodpornienia toksyn, gdyż naówczas otrzymana surowica działać ma skuteczniej przeciw gronkowcowi złocistemu i żółtemu. Pröscher przez wstrzykiwanie zwierzętom bardzo jadowitych gronkowców otrzymał surowicę silnie aglutynującą. Wyniki lecznicze tych surowic wogóle nie są zachęcające.

XV. Surowica przeciwpaciorkowcowa. Po odkryciu surowicy Behringa starano się otrzymać surowicę przeciw zakażeniu paciorkowcami (febris puerperalis streptococcica, erysipelas, scarlatina, sepsis). Paciorkowce nie wytwarzają odpowiednio silnej toksyny, potrzebnej do wywołania antytoksyn, a więc surowicy antytoksycznej; dlatego nie można otrzymać skutecznej surowicy przeciwpaciorkowcowej. Również nie udało się otrzymać surowicy paciorkowcowej, rozpuszczającej bakterye, jak w cholerze i durze brzusznym. Dopiero Denys i jego uczniowie (1896) zdołali uzyskać surowicę, która u zwierzęcia i w probówce wzmaga fagocytozę i zawiera bakteryotropiny (opsoniny). Z biegiem czasu wytwarzali różne surowice: Marmoreck, Tawel, Aronsohn, Menzer (pracownia Mercka). Obecnie znajdują

się w obiegu surowice, wytworzone zapomocą jednego szczepu (t. zw. jednowartościowe) i zapomocą mieszaniny różnych szczepów paciorkowców (t. zw. wielowartościowe). Do wyrabiania surowic używa się szczepów, bezpośrednio z człowieka uzyskanych lub przeszczepianych (mniej lub więcej) przez szereg zwierząt. Jeśli się używa do otrzymania surowicy tylko jednego szczepu (Marmorek), to otrzymuje się surowicę, która chroni zwierzę doświadczalne od zakażenia tym szczepem, ale nie działa przeciw innym szczepom. Surowice, wytworzone przy zadziałaniu różnych szczepów (które przez szczepienie na szeregu zwierząt osiągnęły wysoki stopień jadowitości), ochraniają wprawdzie zwierzęta od zakażenia różnymi szczepami, atoli tę jadowite dla zwierząt szczepy są przeważnie nieszkodliwe dla człowieka i dlatego te surowice nie dają rękojmi skutecznego działania u ludzi. Najodpowiedniej używać dla chorych surowicy, wytworzonej zapomocą licznych, bezpośrednio z człowieka chorego uzyskanych szczepów, które nie były przeszczepiane na zwierzęta i nie utraciły jadowitości właściwej dla ustroju ludzkiego. Tego rodzaju surowice trudno badać na zwierzętach, bo szczepy, bezpośrednio z ludzi wyhodowane, rzadko posiadają odpowiednią i dostateczną jadowitość dla zwierząt doświadczalnych. Natomiast nowsze badania nad niwecznikami, t. j. odchylenie dopełniacza i obecność opsonin, umożliwiają należyte oznaczenie równomiernej wartości surowicy.

Surowica Menzera, z pracowni Mercka, jest wielowartościową i sporządzoną zapomocą rodzimie ludzkich szczepów. Obecnie wytwarza się ją zapomocą mieszaniny 200 blizko różnych szczepów z przypadków chorobowych: zapalenia gardła, róży, gorączki połogowej, płonicy i posocznicy — w ten sposób, iż wciąż doprowadza się świeże szczepy, aby nie używać takich hodowli, które zadługo przebywały na sztucznych pożywkach i przez to utraciły swój pierwotny swoisty charakter. Surowica Menzera stosowana bywa w gośćcu stawowym i w innych zakażeniach paciorkowcowych.

Ostry gościec stawowy polega, według Menzera, na streptokokcemii. Działanie surowicy jest bakteryotropiczne (opsoniczne), t. j. że bakterye powodujące gościec są tak przez surowicę przysposobione, iż je mogą pochłaniać leukocyty. W ostrym gośćcu wstrzykuje się podskórnie w udo codziennie 10 cm sz. surowicy i tylko przy wysokich gorączkach leczenie to na jeden dzień się przerywa. W przypadkach przewlekłych stosuje się tę samą dawkę, ale co kilka dni. Ogólna ilość surowicy w przypadkach ostrych dochodzi conajmniej do 50 cm sz., a w przewlekłych do 100 cm sz. Ostre zapalenie wsierdzia i wady sercowe nie stanowią przeciwwskazania. Przy wysokiej gorączce (hyperpyrexia) i znacznych wysiękach opłucnych i osierdziowych należy zachować wielką ostrożność i początkowo wstrzykiwać 5 cm sz. surowicy.

Bibergeil poleca leczenie surowicą tylko w przyostrych i przewlekłych przypadkach gośćca i opisuje korzystny wynik w jednym przypadku spondylitis ankylotica. Schäfer wstrzykiwał z dobrym skutkiem 1—5 cm sz. surowicy bez podawania salicylu, który, jego zdaniem, zbyt psuje żołądek i upośledza łaknienie, a wywołuje poty. Kanel w 21 przypadkach gośćca uzyskał 14 razy wyleczenie surowicą. Surowica jest, jego zdaniem, nie szkodliwą i może być stosowana i w przypadkach gośćca, powikłanego z zapaleniem wsierdzia. Ratzeburg wyleczył surowicą 50-letniego mężczyznę chorego na odnawiający się gościec (zużył w całości 23 cm. sz. surowicy). (C. d. n.).

Czy stopień lekarza oddzielić od stopnia doktora?

Napisał

prof. dr Antoni Cieszyński.

Zasadnicza różnica: Stopień lekarza jest stwierdzeniem przez komisyę i państwo, że kandydat posiada dostateczne wiadomości z nauk lekarskich do wykonywania praktyki. Komisya egzaminacyjna uniwersytecka stwierdza, że kandydat posiada dostateczne wiadomości; nie przesądza to jednakowoż, czy kandydat będzie miał prawo praktyki w kraju, zależne to jest od tego, czy kandydat jest obywatelem danego państwa. Prawo to rezerwuje państwo tylko dla swych obywateli.

Stopień zaś doktora medycyny jest stopniem uniwersyteckim, i to najniższym w karyerze naukowej, związanym z przedłożeniem rozprawy naukowej, a udzielanym dopiero po wysłuchaniu pewnej ilości półroczy medycyny, analogicznej do ilości półroczy, potrzebnych do ukończenia studyów lekarskich. Doktorami medycyny mogą być także obcokrajowcy. Doktorat medycyny nie nadaje żadnych praw do wykonywania praktyki.

I. Strony dodatnie połączenia stopnia lekarza ze stopniem doktora medycyny: 1) mniejszy trud ze strony kandydata i komisyi egzaminacyjnej, 2) zmniejszenie kosztów i czasu studyów lekarskich (ale zarazem zmniejszenie dochodów dla państwa).

Ujemne strony: 1) Kandydat niema sposobności zapoznania się ze źródłami nauki lekarskiej, monografiami, a przedewszystkiem z wielką ilością czasopism krajowych i zagranicznych. Nie poznawszy tych źródeł, jako lekarz praktykujący ogranicza się do podręczników dla studentów, a co gorzej, nawet skryptów i jedynem źródłem, uzupełniającem jego wiedzę, bywa później tylko czasopismo tygodniowe krajowe, o ile włada jednym tylko językiem poprawnie, albo jeszcze jedno pismo zagraniczne, o ile włada jeszcze jakim językiem obcym. Nie otworzywszy raz lekarzowi podczas jego studyów oczu na ogrom nagromadzonej w księgach wiedzy lekarskiej, na mnogą ilość czasopism, utrzymuje się go przez całe życie na nizkim poziomie, zamyka mu się z góry drogę do dalszego samokształcenia. Posiedzenia Towarzystwa lekarskiego nie zastąpią tego braku. Tworzy się dyletantyzm podczas naukowych dyskusyi. — 2) Zarzut jakoby prace doktorskie obniżały poziom nauki i przyczyniały się do produkowania chwastu naukowego, jest niesłuszny, poziom doktorskich prac zależny jest od wymagań, stawianych przez Wydział lekarski. — 3) Zarzut, jakoby słuchacz piszący pracę był oderwany od pracy systematycznej podczas swej nauki i tracił półrocze wyłącznie na opracowanie dysertacyi, nie jest słuszny. Opracowanie rozprawy może kandydat odłożyć na czas wolny od wykładów podczas półrocza i na czas wakacyi. Najodpowiedniejszy jest czas zaraz po złożeniu egzaminu państwowego, a zużyty na praktykę w klinikach i szpitalach.

II. Dodatnie strony osobnego doktoratu medycyny, nadawanego po przedłożeniu rozprawy: 1) Uniwersytet daje możność kandydatowi spróbowania sił w pracy naukowej i wypróbowania zdolności i upodobań. Kandydat, poznawszy raz źródła, nauczy się pogłębiać swą wiedzę i czerpać z nich w razie potrzeby. Człowiek, który podczas swych studyów nigdy z biblioteki uniwersyteckiej lub Towarzystwa lekarskiego książki nie pożyczył, pożyczać jej w życiu nigdy nie będzie — 2) Pewna liczba leka-

rzy, raz zachęconych do pracy, obserwuje dokładniej i poważniej przypadki swej praktyki i podaje do wiadomości przypadki rzadkie, dotychczas nie opisane. Wynika stąd korzyść dla danej jednostki przez pogłębienie wiedzy i korzyść dla nauki. — 3) Drobny materyał kliniczny zostanie opracowany. Leży on nieraz odłogiem i ginie dlatego, że kierownik zakładu czas swój musi poświęcić pracy poważniejszej. — 4) Przez rozdawanie systematyczne tematów przez kierownika zakładu można siłami słuchaczów opracować zagadnienia drobniejsze. — 5) Rozprawa, pisana przez kandydata medycyny, zbliża ucznia do profesora i tworzy między nimi ściślejszy łącznik. Równocześnie wytwarza się w zakładzie atmosfera pracy naukowej. — 6) Rozdawanie tematów, dopilnowanie ich opracowania zmusza profesorów do ciągłej pracy naukowej i śledzenia różnych gałęzi danej specyalności i przeszkadza zasklepianiu się w jednym temacie. Praca ta odrywa wprawdzie od pracy nad jednym tematem, wpływa jednakowoż dodatnio na całokształt prac w danym zakładzie naukowym. — 7) Pobudzanie kandydatów do pracy naukowej może mieć niezwykły wpływ na podniesienie się pewnej specyalności w naukach lekarskich. Dlatego też powinno się żądać od specyalistów, dla których powinien być bezwarunkowo zaprowadzony osobny egzamin po upływie pewnego czasu przed komisyą uniwersytecką, pracy doktorskiej ze specyalności, której dany kandydat poświęcić się zamierza.

Zwiększenie pracy profesorów przez nadawanie tematów, dopilnowanie ich opracowania i przez dodatkowe egzamina doktorskie nie powinno stawać na przeszkodzie w zaprowadzeniu osobnego stopnia doktora medycyny (dla dentystyki Dra med. dent., o ile zostanie zaprowadzony osobny program studyów, dla weterynaryi Dra med. wet.), które przyczynią się do pogłębienia wiedzy jednostki, podniesienia poziomu ogólnego lekarzy, zakładów naukowych i nauki lekarskiej.

III. Czy od stopnia doktora medycyny należy uzależnić prawo wykonywania praktyki lekarskiej? Doktorat medycyny nie jest koniecznie potrzebny do wykonywania praktyki lekarskiej. Rozdział stopnia lekarza od doktoratu medycyny istniał w Niemczech i nie uniemożliwiał ani nie utrudniał żadnemu lekarzowi wykonywania praktyki. Publiczność będzie lekarza (czy będzie miał, czy nie będzie miał doktoratu) zawsze tytułować »panie doktorze«. O rozmiarach jego praktyki rozstrzygać będzie zawsze jego osobista wartość i jego kwalifikacye lekarskie. Doświadczenie uczy, że kto mógł złożyć egzamin państwowy lekarski, ten posiada także dostateczne kwalifikacye do napisania dysertacyi. Obniżenie wymagań ze strony Wydziału lekarskiego przyczyni się jedynie do obniżenia, a nie do podwyższenia stanu lekarskiego.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Sejm uchwalił 7. IV. ustawę, powołującą do wojska na czas potrzeby wojennej lekarzy do 42 r. ż. Powołani zostaną w miarę zapotrzebowania naprzód młodsi, potem starsi; pełniący obowiązki publiczne mogą być zwalniani od służby czynnej na wniosek Ministra zdrowia.

— Ministerstwo zdrowia wydało rozporządzenie w przedmiocie reorganizacyi »państwowych zakładów epidemiologicznych« (Monitor polski Nr 78). Rozporządzenie to stwarza w Warszawie od 1. VI, b. r. państwowy »Centralny Zakład epimiologiczny«, wyrabiający zarazem szczepionki ochronne, a w Krakowie, Łodzi i Płocku przekształca istniejące stacye bakteryologiczne na »Zakłady epidemiologiczne«.

— W Ministerstwie zdrowia odbyły się kursa o chorobach wenerycznych i walce z nierządem dla urzędników sanitarno-obyczajowych.

— Na międzynarodową konferencyę w sprawie tyfusu plamistego, zwołaną do Wiednia na 14. IV. 1919, wyjechał imieniem Ministerstwa zdrowia podsekretarz stanu Dr Witold Chodźko.

— Przewodniczącym Sejmowej komisyi sanitarnej jest Dr Rottermund, jego zastępcą Dr Falkowski; prócz nich należą do komisyi z lekarzy Dr Bobrowski i Malewski; sekretarką jest p. Moraczewska. Komisya liczy 15 członków. »Zdrowie« (Z. 3.) podaje, że komisya uchwaliła zapraszać na swe posiedzenia Dr J. Polaka, prezesa Warsz. Tow. higienicznego. W dziennikach zaś pojawiła się bardzo niejasna wiadomość, że komisya postanowiła rozpatrywać rządowe projekta ustaw w odniesieniu (?) do swego własnego (?) projektu ustawy o zdrowiu publicznem.

Poznań. W Uniwersytecie poznańskim utworzono pierwszą w Polsce, a trzecią w Europie katedrę wychowania fizycznego, na którą powołano doc. Dr Eug. Piaseckiego ze Lwowa.

— Dzienniki donosiły, że w Uniwersytecie poznańskim ma być już teraz otwarty także Wydział lekarski i że jako pierwszą utworzono katedrę ginekologii, powołując na nią prof. Dr Heliodora Święcickiego. Prof. Dr Święcickiego obrano też pierwszym rektorem Wszechnicy poznańskiej.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 9. IV. posiedzenie, na którem Dr Eisenberg miał wykład: »O działaniu jadów na bakterye«.

— Dyrektor Urzędu lekarskiego zwiedził w tych dniach Zakład czyszczenia miasta, niektóre kuchnie ludowe, żłóbki, przytułki dla kalek i bezdomnych, stacyę ratunkową, poradnię dla matek i niemowląt, zakłady dezynfekcyjne, odwszawialnię w więzieniu, urządzenia higieniczne w fabryce cygar i wyraził szczególne uznanie dla żłóbka fabrycznego dla niemowląt.

— Dyplom doktorski uzyskała na Wydziale lekarskim p. Helena z Bandurów Mrozowska, rodem z Krakowa.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 16. Kraków, 19. kwietnia 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi; rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna Przewodniczący: Redaktor główny. Członkowie: Dr W. Damski, prezes Tow. lek. krak.; dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVIII. Kraków 19 kwietnia 1919. Nr. 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób dziecięcych Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Leczenie swoiste nagminnego zapalenia opon.

III. Doniesienie.

Rozłożenie surowicy w płynie mózgowordzeniowym po wstrzykiwaniach. Surowica wyzdrowieńców; szczepionka. Przypadki 63—84.

Podał

Prof. Dr Ksawery Lewkowicz.

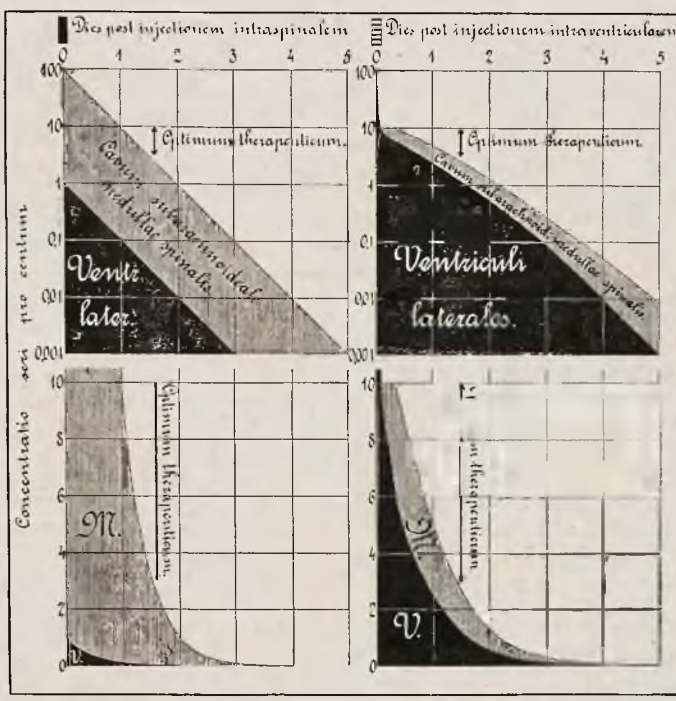
(Według wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem w d. 19. lutego 1919 i w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem w d. 18. marca 1919).

Badaniami nad zapaleniem nagminnem opon zajmuję się od początku r. 1914, zatem pełnych lat pięć*). Materyał stanowiły początkowo wyłącznie dzieci kliniki pedyatrycznej krakowskiej, następnie po wybuchu wojny także dorośli, mianowicie chorzy żołnierze szpitala fortecznego Nr 5. W ten sposób materyał mój obejmuje wszelkie kategorye wieku, począwszy od niemowlęctwa aż do wieku dojrzałego, i jest już obecnie wcale pokaźny, liczba bowiem przypadków doszła do 92.

W badaniach posługiwałem się systematycznie, jak nikt dotąd, obok nakłucia lędźwiowego także nakłuciem bocznych komór mózgowych. Pierwotnie przy podejmowaniu tego zabiegu chodziło mi przedewszystkiem o cele lecznicze, o uzyskanie lepszych wyników przez wstrzykiwanie surowicy dokomorowe zamiast ogólnie dotąd używanego nardzeniowego; cel ten został też w znacznej mierze osiągnięty. Uboczną, ale niemniej cenną korzyść stanowi przytem otrzymywanie materyału do badania równoczesnego komór i zakresu rdzenia. Okazało się bowiem, że dopiero na podstawie wyników takiego porównawczego badania możemy sobie wytworzyć pełny obraz toczącej się sprawy chorobowej, gdy badanie samego tylko płynu rdzeniowego daje obraz niezupełny i jednostronny.

U d z i a ł k o m ó r w s p r a w i e c h o r o b o w e j. Na tej też drodze starałem się ustalić ściślejsze naukowe podstawy dla leczenia surowicą omawianego cierpienia. Jednym z takich podstawowych wyników moich badań jest stwierdzenie stałego udziału komór w sprawie chorobowej. Dotychczas o tym udziale komór i o potrzebie miejscowego ich leczenia w piśmiennictwie zupełnie głucho, co się tem tłumaczy, że komory w pierwszym okresie choroby nie okazują żadnych uchwytnych anatomicznych zmian makroskopowych i można mieć złudzenie, iż są zupełnie wolne. Otóż z badań moich wynika niedwuznacznie — za przykład może posłużyć przypadek 83*, w którym badanie płynu komorowego wykonano już w 29 godzin po wybuchu choroby — że komory są od początku zajęte zakażeniem. Jeżeli się zaś zważy, że w komorach tych, mianowicie w ich splotach, wytwarza się stale płyn mózgowordzeniowy i że płyn ten, sącząc się ciągle z komór do przestrzeni podpajęczynówkowej, wnosić tam będzie również stale materyał zakaźny, o ile komory są jeszcze zakażone, to musi się dojść do wniosku, że bez stłumienia zakażenia w komorach nie może być wogóle mowy o osiągnięciu wyleczenia. Z tych rozważań już tylko jeden krok do dalszego twierdzenia, którego uzasadnienie muszę sobie jednak zastrzedz na później (VI doniesienie), mianowicie, że komory nietylko są zawsze zakażeniem zajęte, ale są wprost istotną siedzibą zakażenia, że stanowią niejako wylęgarnię meningokoków, z której prąd płynu mózgowordzeniowego roznosi te mikroby po całej przestrzeni podpajęczynówkowej i że wobec tego komory w pierwszym rzędzie powinny być przy leczeniu swoistem miejscowem uwzględniane.

R o z ł o ż e n i e s u r o w i c y p o w s t r z y k i w a n i a c h. Należy się wobec tego zapytać, czy sposób stosowania surowicy, dotąd ogólnie używany, mianowicie drogą nakłucia lędźwiowego, inaczej wstrzykiwań nardzeniowych, odpowiada temu wskazaniu. Odpowiedź na to pytanie dały badania B u j a k a, asystenta naszej kliniki*), nad rozłożeniem surowicy wstrzykniętej jużto nardzeniowo, już też dokomorowo, wykonane znów na materyale, uzyskiwanym przezemnie równocześnie z komór i z zakresu rdzenia.



Z graficznych przedstawień przebiegu zjawiska wynika, że przy zapaleniach opon po wstrzyknięciu surowicy nardzeniowem stężenie surowicy w zakresie rdzenia jest bardzo wysokie, że spada ono począwszy od 100% (bezpośrednio po wstrzyknięciu)

*) Porównaj: I. Doniesienie z przypadkami I—XIV. Przegląd lekarski 1916 Nr 1. i 2. i Wien. klin. Woch. 1916 Nr 8. i II. Doniesienie z przypadkami 15—62. Przegląd lekarski 1917 Nr 45. i Wien. klin. Woch. 1918 Nr 21.

*) Praca drukuje się właśnie w Sprawozdaniach z rozpraw Akademii Umiej. Zestawiłem z niej naprzód wyniki dla poszczególnych okresów, które upłynęły po wstrzyknięciu, a jeżeli było kilka wyników dla tego samego czasu, obliczałem średnią aryt-

w ciągu każdej doby średnio do $^1/_{10}$ początkowej ilości, zatem w postępie geometrycznym, co na tablicy z podziałką geometryczną wyraża linia prosta, skośnie ku dołowi spadająca. Stężenie zaś w komorach jest niestosunkowo nizkie, nawet bezpośrednio po wstrzyknięciu wynosi średnio tylko około 1%, a obniża się i tu także w postępie geometrycznym do $^1/_{10}$ ilości początkowej na każdą dobę.

Wysnujemy z tego wniosek, że przy nardzeniowem stosowaniu surowicy możemy liczyć jedynie tylko w zakresie rdzenia — tosamo odnosi się jednak prawdopodobnie i do całej przestrzeni podpajęczynówkowej — na pełne działanie surowicy; przeciwnie nie możemy liczyć na wydatniejsze działanie w zakresie komór, gdzie zagęszczenie surowicy nie podnosi się wogóle do optimum leczniczego, leżącego według działania bakteryobójczego surowicy in vitro (Bujak*) między 3—10%, a może co najwyżej w niektórych przypadkach przelotnie tego optimum dosięgnąć.

Po wstrzyknięciu dokomorowem tego niepożądanego niestosunku między zawartością surowicy w komorach, a zawartością w zakresie rdzenia nie widzimy, chociaż nawet w tych warunkach skutkiem ciągłego rozcieńczania surowicy płynem mózgowordzeniowym, wytwarzającym się właśnie w komorach, komory są przecież w stosunku do zakresu rdzenia w gorszem położeniu, co widać z bardzo szybkiego obniżania się zawartości surowicy w komorach, tak że już w najbliższych godzinach po wstrzyknięciu zawartość ta znajduje się poniżej zawartości surowicy w zakresie rdzenia, dokąd surowica z komór odrazu obficie napływa. Początkowy gwałtowniejszy aniżeli w dalszym ciągu spadek zawartości w komorach zależy prawdopodobnie od resztek nie wypartego przez wstrzyknięcie z komór płynu mózgowordzeniowego, co tem bardziej wchodzić może w rachubę, że do pierwszego badania po wstrzyknięciu wykonywano z reguły nakłucie komory po przeciwnej stronie. Z drugiej strony mała różnica zawartości surowicy między płynem komorowym a rdzeniowym, znacznie mniejsza, niż przy wstrzykiwaniu nardzeniowem, świadczyłaby chyba, że w zaułkach komór utrzymują się po wstrzyknięciu dokomorowem pewne zapasy surowicy, które płyn mózgowordzeniowy tylko względnie powoli rozcieńcza i wypłukuje. W każdym razie po wstrzyknięciu dokomorowem zgęszczenie surowicy zarówno w komorach, jak i w zakresie rdzenia — w pierwszej nieco króciej, około 18 godzin, w drugim nieco dłużej, około 30 godzin — utrzymuje się na wysokości optimum leczniczego.

Takby się przedstawiały stosunki w przypadkach przeciętnych. Jeszcze jednak jaskrawiej uwydatni się różnica między stosowaniem surowicy nardzeniowem i dokomorowem w przypadkach, w których, jak w naszym 81*, istnieją przeszkody w komunikacyi płynu u wylotu komór. Widzimy tutaj, że po wstrzyknięciu nardzeniowem surowica w zakresie rdzenia (kreska czarna) jeszcze w 8 godzin po wstrzyknięciu utrzymuje się na wysokości 100% (co potwierdza także ilość białka, oznaczona nawet na 10%, zatem zbyt wysoko) i że potem opada stosunkowo wolno, wolniej niż w schemacie, mianowicie w ciągu 4 dób do 0·1%, a nie do 0·01%; w komorach zaś (kreska prążkowana) znajdujemy bezpośrednio po wstrzyknięciu tylko 0·03% surowicy, potem dłuższy czas 0·01%, zatem ilości znikomo małe. Praktycznie rzecz biorąc, musi się powiedzieć, że w tych warunkach surowica, wstrzyknięta nardzeniowo, do komór nie dostaje się wcale.

Po wstrzyknięciu dokomorowem w 13. dniu choroby zawartość surowicy opada w tymże przypadku w komorach szybko i już w 8 godzin znajdujemy 1%, gdy w zakresie rdzenia podnosi się ona równocześnie do 10%; nastąpiło więc skrzyżowanie się krzywych, które widzimy także w schemacie, co jest dowodem, że chodziło w tym przypadku tylko o utrudnienie komunikacyi, a nie o zupełne przerwanie i że nawet w tych warunkach, wstrzykując surowicę dokomorowo, osiągamy wystarczające zagęszczenie surowicy w przestrzeni podpajęczynówkowej.

Na uwagę zasługuje jeszcze w tym przypadku, że opadanie zawartości surowicy po wstrzykiwaniach dokomorowych w 17. i 18. dniu odbywa się wolniej, aniżeli po wstrzyknięciu w 13. dniu. Należałoby to tłumaczyć w ten sposób, że właśnie na czas około dnia 17. i 18. przypada początek wytwarzania się wodogłowia zapalnego, gdyż wtedy głębokość wkłucia (znaczona linią wężykowatą), wynosząca poprzednio około 60 mm, zmniejsza się nagle na 54 i 48 mm; ale nawet i w tych warunkach widzimy w końcu skrzyżowanie się krzywych.

Stwierdzenie sposobu rozchodzenia się surowicy w płynie mózgowordzeniowym po wstrzykiwaniach i jej stopniowego wessania, to byłby drugi z wyników badań, podjętych w naszej klinice nad leczeniem swoistem zapalenia opon, wynik niewątpliwie wielkiego znaczenia dla ustalenia warunków działania surowicy. Wynik ten tłumaczyłby w sposób prosty niektóre rezultaty ujemne przy wstrzykiwaniach nardzeniowych i przemawiałby wymownie za stosowaniem dokomorowem, przy którem surowica działa wydatnie zarówno na przestrzeń podpajęczynówkową, jak i komory.

T e c h n i k ę w s t r z y k i w a ń d o k o m o r o w y c h omówiłem już wyczerpująco w poprzednich doniesieniach; dodam więc tylko jeszcze jeden szczegół. W niektórych przypadkach niepożądanem zjawiskiem było wypływanie wstrzykniętej surowicy po wyjęciu igiełki przez kanał wkłucia na zewnątrz lub pod skórę, a może także i do przestrzeni podtwardówkowej. Spotykałem się z tem zwłaszcza u niemowląt. W ten sposób traciło się dla działania leczniczego znaczną, przytem nie dającą się bliżej oznaczyć ilość surowicy wstrzykniętej. Ostatnimi więc czasy postępuję w ten sposób, że po wstrzyknięciu surowicy i odczekaniu 10 minut na opadnięcie ciśnienia, wysuwam igiełkę, zaopatrzoną odpowiednią zatyczką lub zamkniętym kurkiem trójdrożnym, do połowy długości i pozostawiam tak na $^1/_4$—$^1/_2$ godziny, licząc na to, że ranka w głębi zamknie się przez ten czas skrzepem krwi i nie będzie już potem przepuszczać płynu z komór. Cel ten zostaje prawie zawsze w ten sposób w zupełności osiągnięty.

O b j a ś n i e n i e t a b l i c. Wobec wielkiej ilości szczegółów pochodzących z badań, które w miarę postępu pracy coraz bardziej się rozszerzały i pogłębiały, zoryentowanie się w całym uzyskanym materyale było możliwe tylko przy pomocy odpowiednich zestawień graficznych. W ten sposób powstały tablice, które przedstawiają jasno i przejrzyście tak przebieg kliniczny przypadków, jak i wyniki badań.

Przy odczytywaniu tablic należy się przedewszystkiem oswoić z pewną inowacyą, którą wprowadziłem, a którą stanowi użycie w wielu wypadkach zamiast podziałki zwykłej, podziałki geometrycznej. W szczególności trzeba ciągle mieć na uwadze, że wychylenia przy tej podziałce są znacznie przytłumione. Ma ona na celu umożliwienie przedstawienia graficznego w sposób wystarczająco dokładny każdego wyniku badania przy niewielkiej przestrzeni stojącej do rozporządzenia, a przy bardzo wielkim zakresie możliwych wahań w wynikach. W podziałce tej każde wyższe piętro oznacza ilości dziesięciokrotnie większe od leżącego pod niem, a każda $^1/_{10}$ piętra ilości 1.259 razy większe, czyli okrągło o 25% wyższe od poprzedniej.

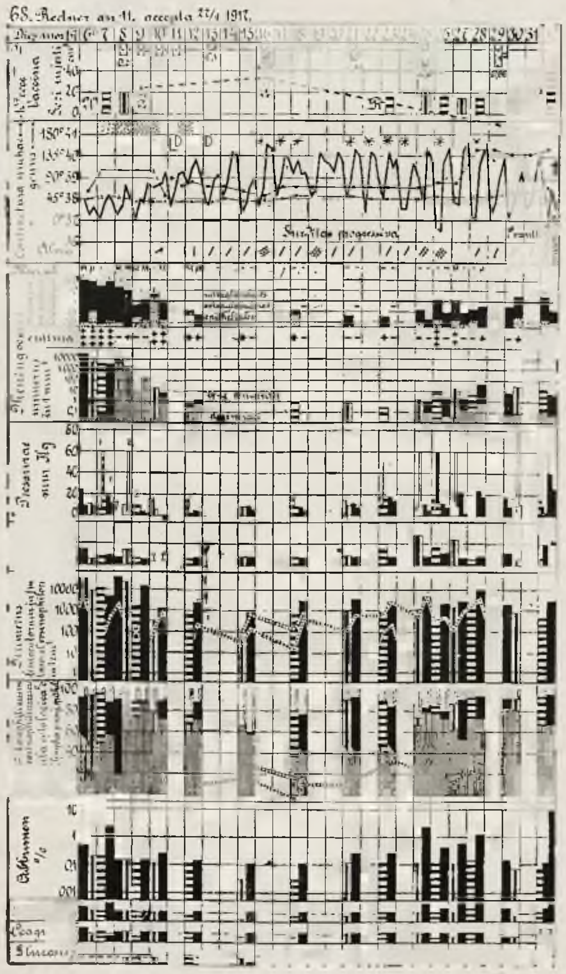
Różnicę zachodzącą między podziałką geometryczną a zwykłą najlepiej uzmysławiają podane powyżej schematy rozłożenia surowicy po wstrzyknięciach, wykonane przy użyciu obu podziałek. Rozpiętość możliwych wahań jest tu znaczna, gdyż spotykamy wartości od 100%, t. j. od pełnej surowicy aż do 0·001%, czyli do rozcieńczenia 1:100.000, jako granicy, którą można jeszcze wykazać zapomocą surowicy precypitującej. Schematyczny przebieg zjawiska przedstawia dobrze także tabliczka z podziałką zwykłą, ale przecież okazało się tu wskazanem użycie dziesięciokrotnie większej wysokości, niż przy podziałce geometrycznej i opuszczenie górnych $^9/_{10}$, a to celem tem jaśniejszego wyrażenia stosunków w zakresie głównie nas obchodzącym, t. j. od 10—0%. Jeżeli jednak chodzi o jasne wyrażenie graficzne każdego poszczególnego wyniku badania, jak w przypadku 81*, to do tego podziałka zwykła zupełnie się nie nadaje.

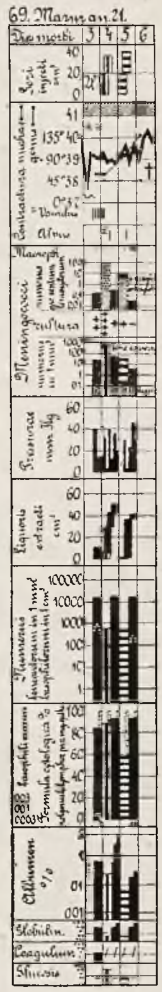
W ten sam sposób można przy użyciu podziałki geometrycznej wyrażać także ilości ciałek białych w 1 mm³ płynu badanego, mimo to, że wahania odbywają się w zakresie od 1—200.000, czyto będzie chodzić o wynik w bliskości 1 czy w bliskości 100.000 nawet przy wysokości przestrzeni, wynoszącej ogółem tylko $1^3/_4$ cm, jak to widzimy w moich publikacyach. Przytem dokładność przedstawienia graficznego nie ustępuje dokładności samego badania, bo przecież musimy się tu przy każdem badaniu liczyć z błędem, wynoszącym około 25%, a toby zawsze odpowiadało wysokości $^1/_{10}$ piętra. Przeciwnie przy podziałce zwykłej nawet wysokość 10 cm byłaby za mała, gdyż na wyrażenie ilości 1000 ciałek przypadałoby już tylko $^1/_2$ mm, a przecież wahania w zakresie ilości poniżej 1000 mogą być dla nas równie ważne, jak wahania koło ilości wyższych.

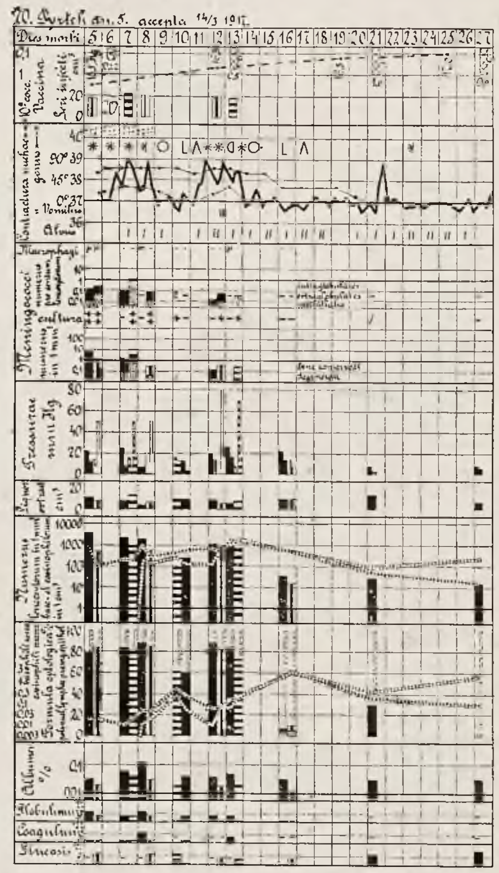
---

metryczną. Wartości te wpisałem w tabliczkę geometryczną i połączyłem krzywą. Krzywa okazywała skoki w górę i w dół, zależne od znacznej rozbieżności wyników w poszczególnych przypadkach. Wykreśliłem w końcu krzywą, która przebiegała pośrodku pomiędzy temi krańcowemi wychyleniami i tę właśnie krzywą zużytkowałem w schematach.

*) IV. Doniesienie, które wkrótce ukaże się w Przegl. lek.







Podobnie użyto w bieżącej seryi podziałki geometrycznej, a nie, jak pierwotnie zamierzano, słupów różnej szerokości do przedstawienia procentowego udziału ciałek eozynofilnych (pręga czarna z białemi kropkami), bazofilnych (pręga biała z czarnemi kropkami), a czasem i neutrofilnych (pręga o trzech kreskach) we wzorze cytologicznym, gdyż chodzi znów o wahania o znacznym zakresie (patrz przyp. 77* i 79*), począwszy prawie od 100% aż do 0·003%. Punktu zero podziałka geometryczna zawierać nie może, gdyż zero mnożone przez jakąkolwiek liczbę dałoby znów zero. Dolny punkt podziałki wyrażać więc powinien granicę dokładności badania. W uważanym wypadku ilość 0·003% wyraża więc, że przeglądano co do bazofilów i eozynofilów z reguły do 30.000 ciałek białych.

W podziałce geometrycznej przedstawiano też bezwzględne ilości ciałek bazo-eozynofilnych, a w niektórych przypadkach i neutrofilnych w 1 cm³, przyczem, jak widzimy w przyp. 79* musimy się tu liczyć z wartościami od milionów do jednostki.

W podziałce geometrycznej wyrażone są jeszcze w tablicach: procenty białka; ilości szczepionki w miliardach ziarenkowców (liczba po prawej stronie słupa oznacza ilość wstrzyknięć poszczególnych, na które podzielono całą dawkę); swoiste oddziaływacze we krwi chorego (przyp. 73* i 79*), oraz bakteryobójczość surowicy (przyp. 73*), przyczem słup czarny oznacza pełny wynik, część podłużnie kreskowana — częściowy.

Dalej w słupach według podziałki geometrycznej, a nie, jak poprzednio, krzyżykami, przedstawiono obecnie ilości meningokoków na 100 ciałek białych; cały jednak słup dzielono już według podziałki zwykłej na trzy części, przyczem najwyższa część czarna uzmysławia udział meningokoków leżących wewnątrz ciałek, ściślej mówiąc wewnątrz leukocytów neutrofilnych, wyraża zatem natężenie fagocytozy, średnia część kropkowana odpowiada udziałowi meningokoków zewnątrzciałkowych, a dolna jasna z literą e udziałowi menigokoków leżących w nabłonkach, czy na nabłonkach; drobne ilości meningokoków nabłonkowych, nie dające się wyrazić w słupie, zaznaczano nad słupem przez *e*, jeżeli ilość była mniejsza od 1%, przez *E*, gdy była większa.

Wreszcie także ilości meningokoków w 1 mm³ przedstawiają słupy według podziałki geometrycznej, słup dzielono jednak znowu odpowiednio do stosunku meningokoków dobrze utrzymanych i nadtrawionych, zwyrodniałych, na część górną i część dolną, kreskowaną według podziałki zwykłej.

Ażeby skończyć ze znakami, wspomnę jeszcze, że *A* oznacza silną aglutynacyę meningokoków zewnątrzciałkowych, *a* słabą, *M* ilość makrofagów na 100 ciałek białych większą od 0·1, *m* ilość 0·01—0·1, μ ilość mniejszą od 0·01. *L* przy stolcach oznacza zastosowanie lawatywy.

Przy ciśnieniu, które mierzono zawsze w położeniu leżącem, uwzględniona jest wysokość początkowa i wysokość po wypuszczeniu płynu; w razie wstrzykiwania surowicy leczniczej lub płynu Ringera oprócz tego ciśnienie z końcem wstrzykiwania i ciśnienie w 10 minut po ukończeniu wstrzykiwania.

Wyniki badań globuliny, skrzepiku i cukru (istot redukujących) wyrażono obecnie słupami, co ma ułatwić oryentowanie się w zachodzących wahaniach.

W przyp. 68* we wzorze cytologicznym dolna część kreskowana słupa oznaczającego ciałka wielojądrzaste wyraża ilość ciałek neutrofilnych stłuszczonych, które określano przy pomocy barwienia sudanem.

Poza tem znaki są te same, co w poprzedniem doniesieniu.

P r z y p a d k i. Serya obecna obejmuje tylko dzieci starsze i osoby dorosłe. Niemowlęta wyłączyłem; mają one stanowić przedmiot V. doniesienia. Z ogólnej liczby 22 przypadków 9 zasługuje na bliższe rozpatrzenie.

Przypadek 68*. Dziewczę 11-letnie przyjęte około 6. dnia choroby.

Odżywienie słabe; znaczny niepokój, to znów senność, sztywność karku 60°, Kernig 45°, objaw karkowy Brudzińskiego ++, łonowy +, odruchy kolanowe żywe, drżenie stopowe zaznaczone, odruch gardłowy prawie zniesiony (histerya?). W moczu białka 0·25%.

Dnia 7. (po zabiegach dnia poprzedniego) zaostrzenie objawów; bardzo znaczny niepokój, to znów zasypianie, twardówki nastrzykane, głowa wstecz odrzucona, trudności w połykaniu.

Po surowicy dnia 7. i 8. i przy leczeniu wstrzykiwaniami szczepionki w małych, często powtarzanych dawkach od dnia 10. polepszenie, które osięga szczyt dnia 15. i 16. w związku ze zniknięciem prawie zupełnem meningokoków w płynach ba-

danych: przechylenie głowy w tył ustępuje, chora próbuje czasem siadać, uśmiecha się, ilość białka w moczu zmniejsza się. Potem znów objawy oponowe wyraźniejsze, tylko objawy Brudzińskiego znikają (dnia 15. 17. i 25.), chora zaczyna się skarżyć na bóle, to w stawach, to znów głowy, zaczyna gorzej słyszeć, je gorzej, miewa czyszczenia i ciężar jej zaczyna opadać; białko w moczu jednak zmniejsza się i w końcu znika (dn. 23.).

Zastosowano wtedy surowicę wyzdrowieńców, uodpornionych sztucznie szczepionką. Stan w ciągu tego leczenia pogarsza się wyraźnie, meningokoki w płynach badanych pojawiają się znów stale i dość licznie, chora miewa dreszcze, narzeka na bóle głowy i kończyn, w końcu rozwija się rozlany nieżyt oskrzelowy i przechodzi 32. dnia w zapalenie płuc odoskrzelowe.

Dnia 32. wstrzyknięto 0·5 cm^3 surowicy wiedeńskiej podskórnie, a w $^1/_2$ godziny potem 40 cm^3 dokomorowo. W $1^1/_2$ godziny po zabiegu sinica, bladość, potem oddech przyspieszony, charczący, skrzydełka nosowe rozdęte; poty; przytomność przytem zupełnie utrzymana. W 11 godzin po zabiegu śmierć.

Pośmiertnie badano tylko mózgowie. Opony miękkie silnie przekrwione, ale nie zgrubiałe, gładkie i wolne od ropy. Tylko na sklepistości po prawej stronie mała plama zgrubiałej opony wielkości główki od szpilki, barwy mlecznej, a na powierzchni robaka w przedniej części tak po stronie górnej, jak i dolnej niewielkie pokłady ropne wielkości fasoli. Komory boczne nie rozszerzone, ciecz mętnawa, w rogu Ammona po stronie lewej nieco ropy. W splotach komór bocznych po obu stronach rozsiane ogniska nacieku ropnego wielkości główki od szpilki.

P r z y p a d e k 69*. Mężczyzna 21-letni przyjęty dnia 20. II. 1917 w 3. dniu choroby.

Stan bardzo ciężki, znaczne zamroczenie przytomności, gwałtowne bóle głowy, powtarzające się kilkakrotnie wymioty, sztywność karku 60°, objaw Kerniga 45°, lekkie opadnięcie powiek górnych, szczególniej po stronie lewej, drganie niektórych mięśni, objaw Babińskiego po prawej słabo dodatni.

Zastosowano 4. i 5. dnia dokomorowo surowicę wiedeńską po 40 cm^3, wypuszczając równocześnie płyn zapomocą nakłucia lędźwiowego. Mimo to stan był coraz groźniejszy, chory niespokojny, wyskakiwał z łóżka, miał w nocy z 4. V. trzy razy krwotok z nosa. Dnia 5. głowa w tył podana 105°, co z powodu wygięcia kręgosłupa szyjnego ku przodowi wywołuje niemożność połykania. Przy próbach karmienia zgłębnikiem chory znów męczy się, tętno podnosi się do 144, pojawia się sinica.

Dnia 6. głowa przechylona w tył i ustalona w położeniu 140°, sinica, oddychanie rzężące, ustawiczne jęczenie. W nocy 6. VII. zejście śmiertelne.

Sekcya (prof. Gliński) wykazała opony miękkie silnie nastrzykane; ropa w grubszych pokładach tylko w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych, na górnym robaku i na tylnej powierzchni rdzenia; zresztą tylko smugi ropy wzdłuż naczyń. Komory nie rozszerzone zawierały tylko małą ilość cieczy silnie mętnej; wyściółka ich nastrzykana, zresztą gładka, lśniąca; sploty ciemnowiśniowe zabarwione. Kora mózgowa i części podkorowe miejscami na małych przestrzeniach miększe, istota biała więcej żółtawo zabarwiona, soczysta, miększa, zasiana małemi punktowatemi wybroczynami. Reszta substancyi mózgowej, podobnie istota móżdżku, mostu, rdzenia przedłużonego silniej ukrwiona, więcej ciastowata, zresztą bez zmian.

P r z y p a d e k 70*. Dziewczynka 5-letnia przyjęta w 5. dniu choroby.

Odżywienie mierne. Senność, przeczulica, sztywność karku 60°, objaw Kerniga ujemny, objaw karkowy Brudzińskiego +, łonowy ±.

Po surowicy 5. dnia w nocy niespokojna, nazajutrz objawy oponowe wyraźniejsze. Kernig 30°. Zresztą przebieg przedstawiony dostatecznie jasno w tablicy.

Ważnem wydaje mi się ze względu na patogenezę choroby pojawienie się w tym przypadku 13. dnia, kiedy zakres rdzenia był już zupełnie wolny od zakażenia, w komorze meningokoków, usadowionych przeważnie (70%) w nabłonkach, natomiast zewnątrzciałkowych zaglutynowanych było 20%, a pochłoniętych przez ciałka białe wielojądrzaste tylko około 10%. Z podobnymi stosunkami spotykamy się także w przyp. 68* dnia 12. i w przyp. 79* dnia 33, znowu w komorach i znowu, gdy sprawa zakaźna skłania się do wyleczenia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 17. Kraków, 26. kwietnia 1919. Rok LVIII.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: Redaktor główny. Członkowie: Dr W. Damski, prezes Tow. lek. krak.; dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVIII Kraków. 26 kwietnia 1919. Nr. 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chorób dziecięcych Uniwersytetu Jagiellońskiego

Leczenie swoiste nagminnego zapalenia opon.

III. Doniesienie.

Rozłożenie surowicy w płynie mózgowordzeniowym po wstrzykiwaniach. Surowica wyzdrowieńców; szczepionka. Przypadki 63—84.

Podał

Prof. Dr Ksawery Lewkowicz.

(Według wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem w d. 19. lutego 1919 i w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem w d. 18. marca 1919).

(Ciąg dalszy).

Przypadek 73*. Chłopiec 5-letni przyjęty w 6. dniu choroby.

Budowa i odżywienie mierne. Lekkie zamroczenie i majaczenia; sztywność karku 50°, objaw Kerniga, objaw karkowy i łonowy Brudzińskiego ujemne.

W dalszym przebiegu, także po pierwszej dawce surowicy, zaostrzenie objawów, zjawiają się przytem także objawy Kerniga i Brudzińskiego. Potem wahania objawów, wyrażone w tablicy. Obok właściwej sztywności karku zaznaczono także linią przerywaną ułożenie głowy, jakie chory zachowywał leżąc. Wahania ciężaru ciała były w związku z mniejszem lub większem łaknieniem.

Gdy surowica wiedeńska sama, a następnie z własną świeżą surowicą chorego, jako dopełniaczem, zawiodła, prowadzono dalej energicznie zaczęte już poprzednio uodparnianie czynne zapomocą szczepionki. Osiągnięto w końcu znaczną zawartość swoistych oddziaływaczy w surowicy chorego, gdyż surowica ta według oznaczeń Bujaka jeszcze w rozcieńczeniu 300-em (dnia 72) dawała z meningokokiem odchylenie dopełniacza, była zatem tylko 3—10 razy słabsza od surowicy wiedeńskiej, która odchylała dopełniacz jeszcze w rozcieńczeniach 1000—3000. Bakteryobójczość zaś surowicy chorego zbliżała się do bakteryobójczości surowicy wiedeńskiej. W związku z tem zakażenie zostaje przytłumione: gdy przedtem widziało się prawie wyłącznie meningokoki dobrze utrzymane i zewnątrzciałkowe, to znaczy nie było prawie zupełnie, mianowicie w komorach, fagocytozy, teraz ilość meningokoków staje się skąpszą, przeważają znacznie wewnątrzciałkowe i nadtrawione; przytem ropienie jest mierne; hodowla jednak, zwłaszcza z komór, jest wybitnie dodatnia. Klinicznie opada gorączka, zjawiają się zwolnienia znaczne i dłuższe przerwy, ustępuje sztywność karku i objaw Kerniga; utrzymują się jednak bóle głowy, często się powtarzające, a chory jest zgryźliwy i przeważnie ma małe łaknienie. W każdym razie na wyleczenie choroby na tej drodze wcale się nie zanosiło.

Wtedy wstrzyknąłem 92. dnia świeżo zebraną własną surowicę chorego dokomorowo w ilości 15 cm³. Po tym zabiegu chory krzyczał do wieczora, dwa razy wymiotował, nie przyjmował pokarmów, głowę trzymał odchyloną w tył na 105°, chociaż wyraźnej sztywności karku nie było. Wieczorem zasnął, spał całą noc spokojnie. Nazajutrz trzymał głowę swobodnie, bawił się zabawkami, jadł dobrze obiad, następnego dnia (94) upominał się sam, pierwszy raz od dłuższego czasu, o jedzenie; bolów głowy nie było, ciężar ciała zaczął szybko się podnosić tak, że w ciągu miesiąca stwierdzono przybytek 2 kg.

W przypadku tym wykonano 26 nakłuć komór, przyczem 11 razy wstrzyknięto dokomorowo surowicę lub rozczyn Ringera. Możnaby się więc tutaj więcej, aniżeli w innych przypadkach, obawiać jakichś niekorzystnych następstw skutkiem uszkodzenia tkanki mózgowej. Otóż badania, podejmowane w tym kierunku aż do lutego 1919, zatem prawie przez okres dwu lat, nie wykazały żadnych odnośnych objawów; również inteligencya wyzdrowieńca jest zupełnie prawidłowa, co także ze względu na długie trwanie choroby zasługuje na podniesienie.

Co do odczynów po wstrzyknięciach szczepionki, to były one nawet przy większych dawkach wcale znośne i szybko znikały. Dopiero po dawce 40 miliardów ziarenkowców mimo rozdzielenia jej na 20 dawek mniejszych spostrzegano dnia 99. silne bóle brzucha, obrzmienie, zaczerwienienie i bolesność skóry; dnia następnego zaczerwienienie utrzymuje się, obrzmienie nieznaczne, szerokie na 7 cm; dnia 3. szersza obwódka zaczerwienienia ustąpiła, tylko w samych miejscach wstrzyknięć plamy, bolesność dotykowa mała; 4. dnia bolesność dotykowa mniejsza; dnia 5. bolesność ustąpiła zupełnie.

Przypadek 75*. Mężczyzna 18-letni, przyjęty w 6. dniu choroby; leczony poprzednio w szpitalu załogi, gdzie zastosowano 4. i 5. dnia surowicę dożylnie i nardzeniowo.

Stan bardzo ciężki: bóle głowy i członków, znaczne zamroczenie, sztywność karku 90°, Kernig 55°, objaw karkowy Brudzińskiego +, łonowy ±.

Po surowicy z dopełniaczem w 7. i 8. dniu niejaka poprawa, jednak już 9. dnia wieczorem nagle pogorszenie. I znów po wstrzykiwaniach w dniach 11. i 12. poprawa, a dnia 15. nagle pogorszenie.

Po surowicy w 16. i 17. dniu stan zapadowy: wysokie tętno przy spadku ciepłoty, bladość. Poza tem prawie zupełna nieprzytomność, majaczenia, wymioty, głos ochrypły, trudność połykania. Zgłębnika z powodu skłonności do wymiotów nie można było użyć; stosowano podskórnie rozczyn fizyologiczny, olejek kamforowy, dożylnie strofantynę.

Od 19. dnia stopniowe polepszenie, ale wyzdrawianie powolne: jeszcze 124. dnia przy wypuszczaniu wyzdrowieńca na dłuższy urlop zauważono uczucie osłabienia, duszność i zawroty głowy przy chodzeniu, bóle w kończynach dolnych przy schylaniu się.

Przypadek 77*. Mężczyzna 19-letni, przyjęty w 15. dniu choroby.

Budowa wątła, zagęszczenie szczytów. Przytomność zachowana, bóle głowy słabe, sztywność karku 50°, Kernig 50°, objaw karkowy Brudzińskiego +, łonowy ±, tętno 60, nieco nieregularne; nieżyt oskrzelowy.

Wśród leczenia szczepionką powolna poprawa, z małemi tylko wychyleniami objawów w górę 20. i 30. dnia; zupełne ustąpienie objawów oponowych około 38. dnia choroby.

Meningokoki stwierdzano w tym przypadku wyłącznie tylko w komorach; w związku z tem widzimy (wzór cytologiczny), że udział ciałek białych neutrofilnych, wyrażający natężenie ropienia, jest, z czem się bardzo rzadko spotykamy, w komorach w 19. i 24. dniu wiele wyższy, niż w zakresie rdzenia.

Przypadek 79*. Mężczyzna 23-letni, przyjęty w 21. dniu choroby.

Budowa mierna, odżywienie liche, zagęszczenie szczytów

nos zapadnięty podobno po jakimś wypadku w dzieciństwie; odczyn Wassermanna z krwią i płynem mózgowordzeniowym ujemny.

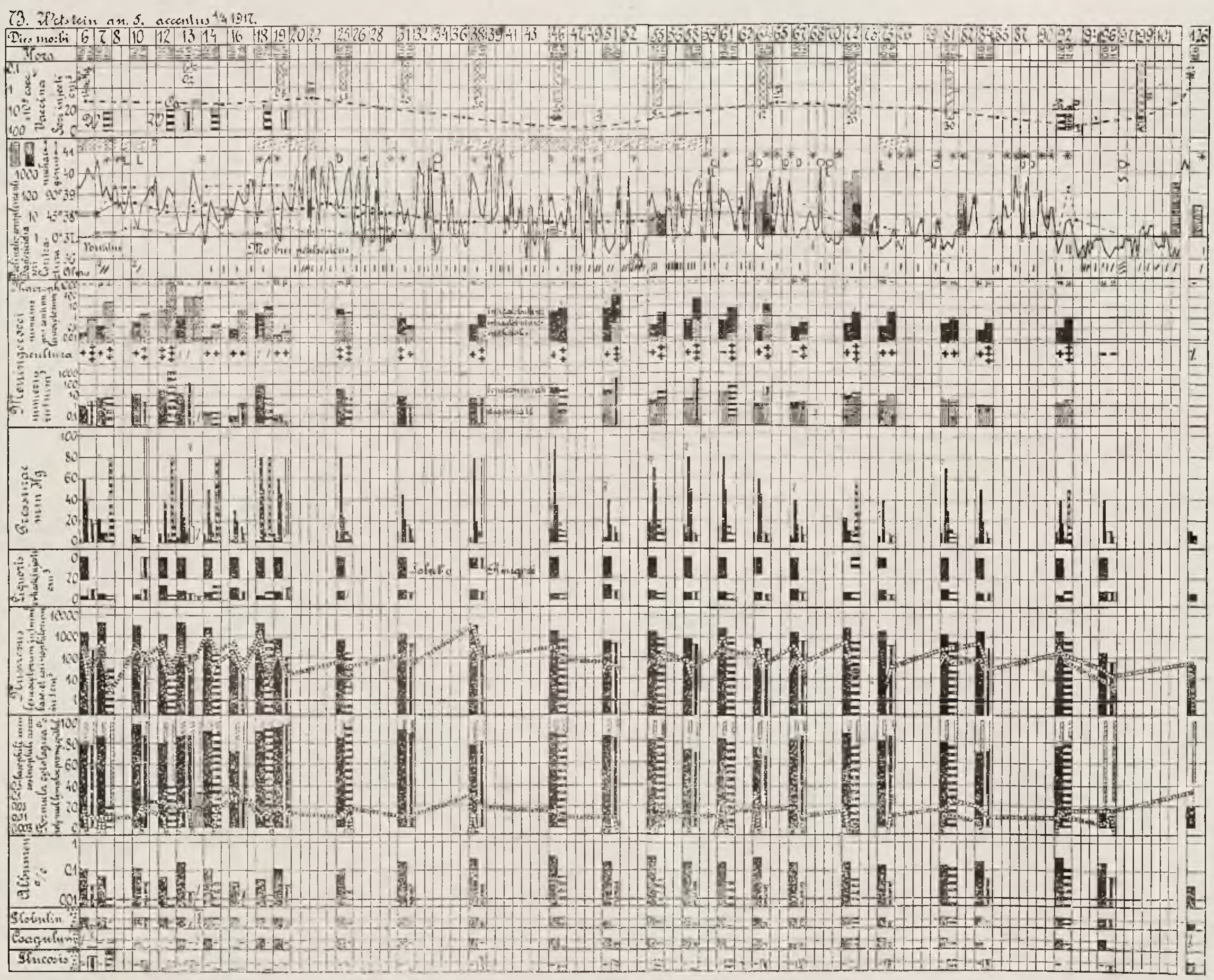
Silne bóle głowy, kłucie w grzbiecie i krzyżach przy kaszlu, senność, sztywność karku 40°, Kernig 60°, objaw karkowy Brudzińskiego, podobnie łonowy ujemne, przeczulica, lekkie drżenie palców i języka; język obłożony, suchy.

Zabiegi w dniach 22. 25. 30. i 33. wywołują mimo wstrzyknięcia płynu Ringera dla wyrównania opadnięcia ciśnienia w kilku do kilkunastu godzin wyraźne zaostrzenie objawów oponowych, pojawia się wtedy także ślad objawu karkowego, niepokój, bóle głowy, zawroty, niekiedy apatya i senność, a ciepłota podnosi się wyraźnie. Po zabiegach dnia 39. i 48., gdy już wyleczenie było osiągnięte, zaostrzeń takich się nie widzi.

imigracyi. Ciałka neutrofilne, zatem właściwe ciałka ropne, fagocyty, mające za zadanie mechaniczne usuwanie mikrobów, przeważają ogromnie w czasie, gdy zakażenie trwa, spadają zaś do roli czynnika równorzędnego, albo drugorzędnego w okresie pozakaźnym, w którym, przynajmniej w niektórych przypadkach, na pierwszy plan wysuwa się bazofilia, a czasem jeszcze więcej eozynofilia miejscowa.

Odczyny te utrzymują się, jak widzimy, jeszcze po stłumieniu zakażenia bardzo długo, ale różnie długo zależnie od przypadku (w przyp. 79* jeszcze po roku nie były zakończone, w przyp. 77* przeciwnie wygasły prawie zupełnie w ciągu 3 miesięcy) i są prawdopodobnie wyrazem wytwarzania w ognisku zapalnem swoistych ciał ochronnych.

Podnieść muszę, że tak długich spostrzeżeń nad odczy-



Wstrzyknięcia podskórne szczepionki dnia 23. i 31. wywołały tylko niezbyt znaczne odczyny miejscowe, utrzymujące się do 4. dnia po wstrzyknięciu bez wyraźniejszych objawów ogólnych. Wstrzyknięcia dnia 40. i 49., mimo podzielenia całej dawki 20 miliardów ziarenkowców na 20, a dawki 38 miliardów na 38 dawek poszczególnych, wywołały silne bóle w miejscach wstrzyknięć i wyraźne odczyny ogólne gorączkowe, zresztą krótkotrwałe; także bolesność już nazajutrz po wstrzyknięciu była nieznaczna, bolesność dotykowa utrzymywała się do dnia 4. lub 5. po wstrzyknięciu.

Przypadki 77* i 79* są zajmujące z tego względu, że przedstawiają przebieg odczynów komórkowych w ognisku zapalnem, jakie tutaj stanowią głównie komory podczas trwania swoistej sprawy zakaźnej i po jej stłumieniu, przyczem w przeciwieństwie do innych moich spostrzeżeń, sprawa zakaźna jest tutaj czystą, nie powikłaną procesami posurowiczymi.

W odczynach tych — jeżeli pominiemy ciałka białe pochodzenia miejscowego, o znaczeniu raczej biernem, t. j. nabłonki i limfocyty — uczestniczą wszystkie rodzaje krwinek białych wielojądrzastych, dostających się do ogniska zapalnego drogą

nami komórkowymi w ognisku zapalnem nie było dotąd, o ile wiem, zupełnie w piśmiennictwie. Są one możliwe tylko w tych szczególnych warunkach, jakie istnieją w komorach, gdzie wytwarzający się płyn mózgowordzeniowy spłukuje nawet najmniejsze ślady wysięku komórkowego tak, że wysięk ten można przy odpowiedniej technice otrzymać w centryfugacie, i to nawet wtedy, gdy płyn mózgowordzeniowy przedstawia się już zresztą — co do zawartości ciałek białych, białka, globulin, cukru — jako zupełnie prawidłowy. Przeciwnie w tkance podskórnej, lub błonach surowiczych n. p. otrzewnej, spostrzeżenie kończy się z musu z tą chwilą, gdy ropienie ustaje, gdyż później już wysięku do badania zebrać niepodobna.

P r z y p a d e k 81*. Mężczyzna 18-letni, przyjęty w 4. dniu choroby z wysoką gorączką, ale miernymi objawami oponowymi z utrzymaną zupełnie przytomnością tak, że stan chorego nie wydawał się zbyt ciężki. Również zakażenie komór było mierne, a w zakresie rdzenia można było wykazać meningokoki tylko po długiem poszukiwaniu, przyczem były one wszystkie wyraźnie nadtrawione i nie wyrastały na pożywkach.

Mimo tego pozornie korzystnego zespołu objawów jeden

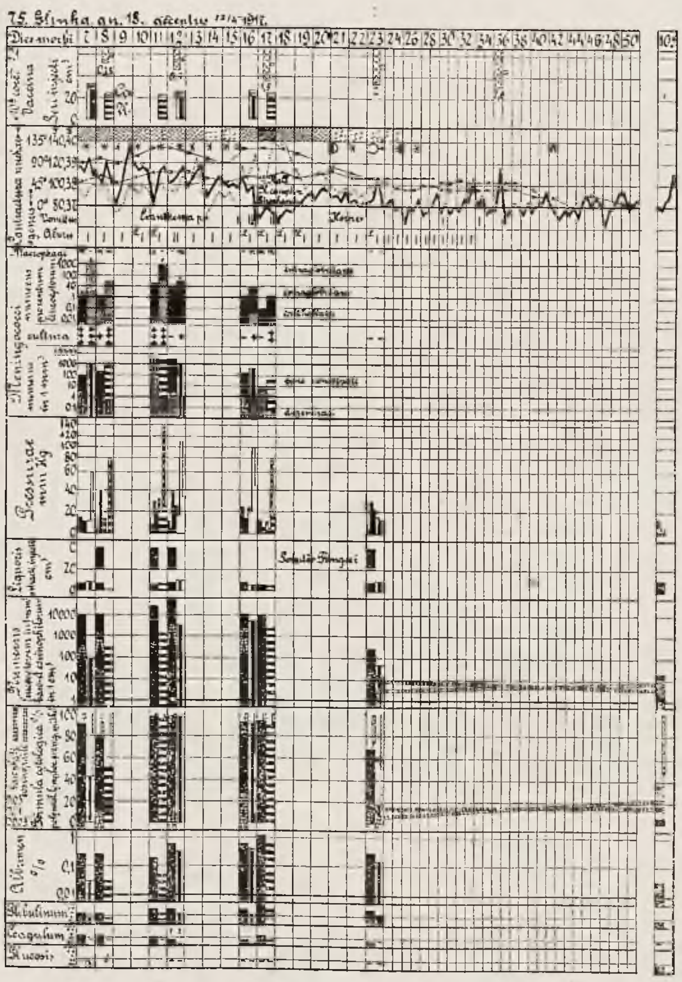
szczegół od początku nas zastanawiał, mianowicie znaczna przewaga ciśnienia w komorach nad ciśnieniem w zakresie rdzenia, z jaką w innych przypadkach się nie spotykamy, a która musiała zależeć od jakichś utrudnień w komunikacyi. Za tem samem przemawiała ksantochromia (zabarwienie żółte) płynu rdzeniowego, którą stale stwierdzaliśmy w mniejszym lub większym stopniu, a która świadczy, że worek podpajęczynówkowy rdzenia nie jest dostatecznie przepłukiwany przez płyn wytwarzający się w komorach, że istnieje w nim zastój. Tosamo znaczenie miał wreszcie bardzo wysoki stosunek zawartości białka w płynie rdzeniowym do zawartości białka w płynie komorowym, czyli wysoki wskaźnik białkowy, wynoszący n. p. 7. dnia 25:1 (0·175:0·007).

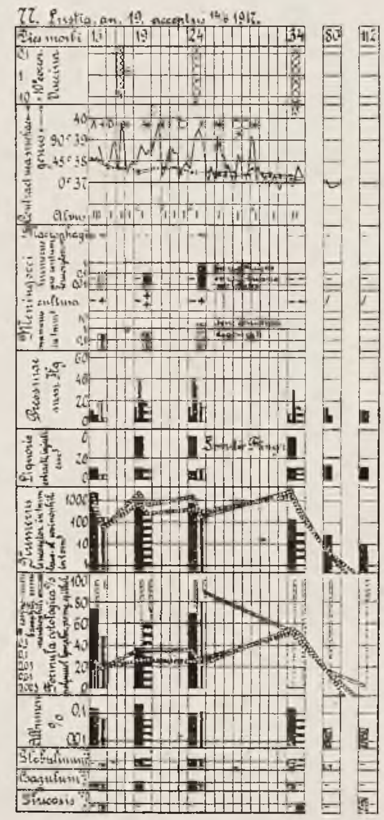
Pomimo to, że wobec tych okoliczności było podwójnie wskazane stosowanie surowicy dokomorowe, wstrzyknąłem, jak

Przypadek 83*. Chłopiec 11-letni, przyjęty dnia 18. I. 1919, zachorował nagle w przeddzień, o godzinie 12. w południe, wśród dreszczów i gorączki; w nocy stracił przytomność, równocześnie zauważono sztywność karku; nad ranem wystąpiły wymioty.

Budowa i odżywienie dobre; gardło i łuki podniebienne nieco zaczerwienione, język obłożony, suchy, wątroba macalna na palec niżej łuku.

Przytomność znacznie upośledzona, chwilami rzucanie się, spojówki nieco nastrzykane, wzrok zapatrzony, wyraz twarzy bolesny. Sztywność karku 50°, Kernig 20°. Brudziński karkowy +, łonowy + +, Trousseau + + +, znaczna przeczulica, ślad drżenia stopowego. Pęcherz moczowy sięga do pępka. Próby wypuszczenia moczu cewnikiem twardym i miękim nie udają się z powodu skurczu zwieracza pęcherza. Po 0·05 papaweryny podskór-





to już omówiłem na wstępie, pierwszą dawkę surowicy nardzeniowo, a dopiero dalsze dawki, i to początkowo w zbyt wielkich odstępach, stosowałem dokomorowo. Ostatnie wstrzyknięcia, zastosowane szybko po sobie w 17. i 18. dniu, oddziałały wyraźnie na zakażenie, ale nie zdołały już odwrócić katastrofy, być może dlatego, że w tym czasie rozwijało się już, jak to wyżej zaznaczyłem, ropogłowie.

Sekcya. Mózg: zwoje nieco przypłaszczone, rowki płytsze, na sklepistości opony miękkie nieco zgrubiałe, bielsze, w rowkach ciecz mętniejsza, nigdzie jednak ropy niema. Na podstawie, mianowicie na moście, w okolicy szypułek niezbyt znaczne pokłady ropne; gruby pokład ropny na dolnym robaku i na tylnej powierzchni rdzenia przedłużonego. Rdzeń: na przedniej powierzchni tylko smużki ropy, na tylnej nieco większe pokłady. Komory znacznie rozszerzone, treść mętna, w dolnych częściach ropna.

Jako anatomiczną podstawę utrudnienia komunikacyi znaleziono wreszcie po obu stronach rdzenia przedłużonego torbiele podpajęczynówkowę wielkości fasoli, wypełnione płynem mętnym ze strzępkami ropy, komunikujące otworami Luschki, znacznie rozszerzonymi (na grubość przekroju grochu) z komorą czwartą.

Płuca: drobne ogniska zapalenia płuc odoskrzelowego, zresztą narządy wewnętrzne bez zmian.

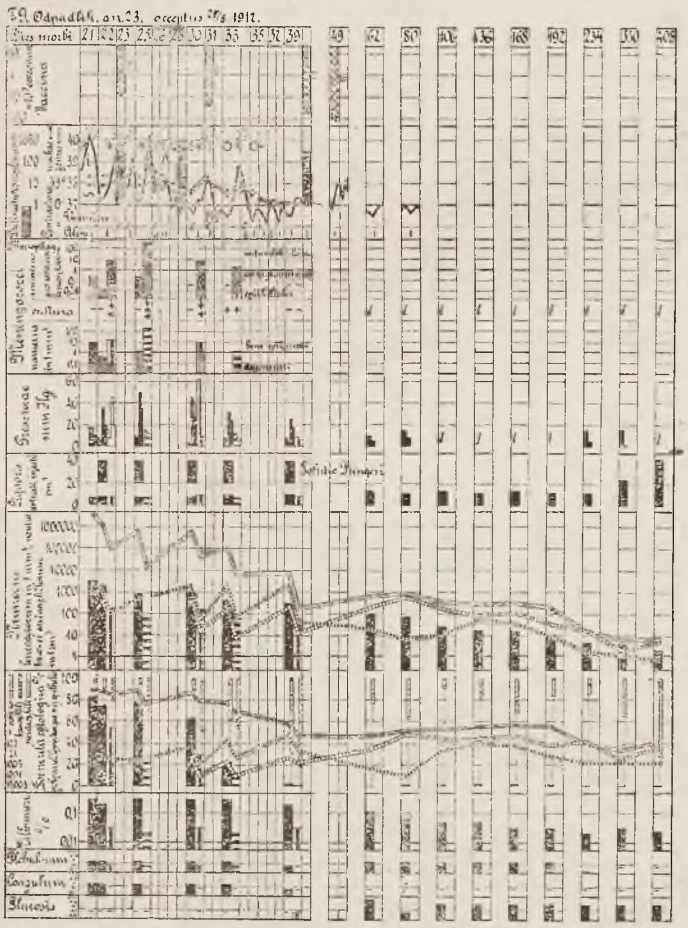
nie odeszło nieco moczu, ale pęcherz się nie opróżnił, wieczorem wykonano więc nakłucie pęcherza, poczem chory oddał w nocy dwukrotnie mocz samoistnie. W moczu białka 0·25‰.

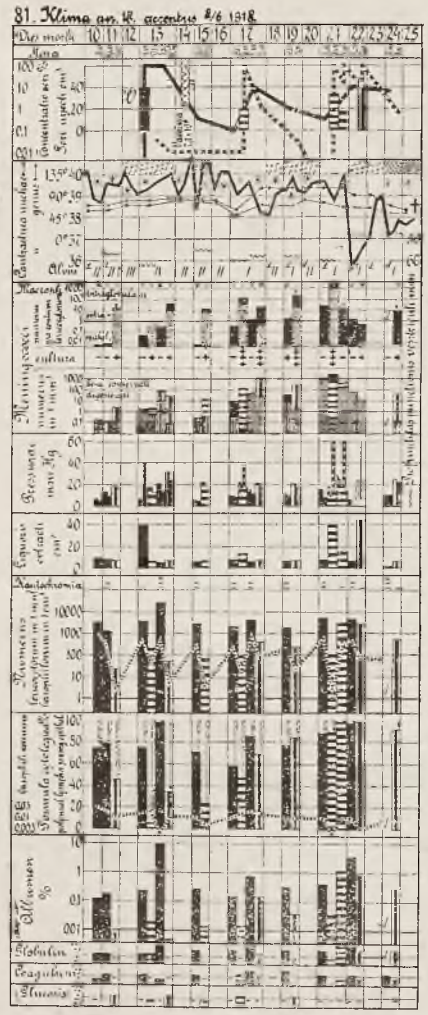
Nakłucie lędźwiowe godz. 11·30, nakłucie komory i wstrzyknięcie surowicy godz. 5·00. Podczas wstrzykiwania wymioty; po zabiegu wieczorem spokojny, przed północą znów rzucał się, potem już spokojny, tylko nad ranem zrywania na wymioty. Śmierć o godz. 8. rano.

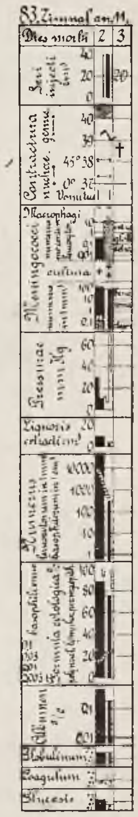
Sekcya. Mózg: spoistość prawidłowa, przekrwienie, opony nastrzykane, rowki na całej powierzchni wypełnione płynem mętnym, gdzieniegdzie już żółtawym; znaczniejsze zmętnienie na moście, u skrzyżowania nerwów wzrokowych, na rdzeniu przedłużonym, podobnie na tylnej powierzchni rdzenia kręgowego. Gęstej ropy nigdzie niema. Komory nie rozszerzone, treści prawie niema, sploty nastrzykane, wyściółka gładka.

Przekrwienie znaczne płuc (bez ognisk zapalnych), wątroby, nerek; przyćmienie mięśnia sercowego, lekki obrzęk ostry śledziony.

Przegląd wyników. Wyniki leczenia przedstawiają się w ten sposób, że na 22 chorych (10 dzieci starszych i 12 dorosłych) zmarło ogółem 8 chorych (3 dzieci i 5 dorosłych), zatem śmiertelność wynosiłaby 36%. Byłby to wynik wprawdzie nie najgorszy, ale też i nie nadzwyczajny. Przy bliższem rozpatrzeniu okazuje się jednak, że znaczna część niekorzystnych zejść







nie może obciążać naszej podstawowej metody leczenia, t. j. wstrzykiwania surowicy dokomorowego.

I tak: 1) w jednym przypadku (78) chodziło o żołnierza, który poprzednio już był leczony w innym szpitalu przeszło miesiąc na plamicę gośćcową, a do nas dostał się w beznadziejnym stanie, jak badanie pośmiertne wykazało, z rozwiniętem ropogłowiem. 2) W jednym przypadku (83*) chodziło o postać piorunującą u dziecka, a 3) w jednym o przebieg bardzo gwałtowny u dorosłego (69*). Wydaje mi się wątpliwem, czy tego rodzaju przypadki przy jakiemkolwiek leczeniu będą mogły być uratowane. Ostatni przypadek zasługuje na uwagę z tego względu, iż mógłby rzucić, jak przypuszczam, nieco światła na patogenezę — dotąd niejasną — przypadków piorunujących, stwierdzono bowiem, jako podstawę złośliwego przebiegu, rozległe zmiany zapalne w samej tkance mózgowia. Otóż nasuwa się pytanie, czy i przypadki piorunujące nie mają za podstawę anatomiczną podobnych zmian, które jednak nie mogą być z powodu krótkiego trwania tak daleko posunięte, żeby były makroskopowo widoczne. Przypuszczenie to należałoby oczywiście potwierdzić odpowiedniemi badaniami histologicznemi, które też co do przypadku 83* są w toku (doc. Borowiecki).

4) W jednym przypadku (81*) chodziło o utrudnienie komunikacyi u wylotu komór, przytem stosowano naprzód wstrzyknięcie nardzeniowe, a dopiero po 4 dniach dokomorowe i znów czekano dalsze 4 dni z następnemi wstrzykiwaniami. 5) W jednym przypadku (68*) sprawa po krótkiem stosowaniu dokomorowem surowicy i przy leczeniu szczepionką była na dobrej drodze, za czemby przemawiał także wynik badania pośmiertnego, tak, że przypadek ten przedstawia pewne analogie z przyp. 73* (z tem zastrzeżeniem, że stan ogólny w omawianym przypadku zbyt widocznie podupadał) i dopiero użycie surowicy wyzdrowieńców okazało się w skutkach fatalnem. 6) W jednym przypadku (76) leczono chorego wyłącznie szczepionką. Śmierć nastąpiła skutkiem wikłającego zapalenia płuc odoskrzelowego.

Pozostałyby zatem tylko 2 przypadki, w których surowica stosowana dokomorowo rzeczywiście zawiodła, mianowicie 7) przypadek 70. u dziecka 2-letniego i 8) przyp. 84. u 16-letniej panny.

Do tego należałoby jednak znowu dodać przyp. 73* wyleczony ostatecznie, ale innymi sposobami i zaznaczyć, że także w przyp. 75* życie chorego wisiało na włosku.

(Dokończenie nastąpi).

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Rok LVIII. Kraków, 3. maja 1919 Nr. 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chorób dziecięcych Uniwersytetu Jagiellońskiego

Leczenie swoiste nagminnego zapalenia opon.

III. Doniesienie.

Rozłożenie surowicy w płynie mózgowordzeniowym po wstrzykiwaniach. Surowica wyzdrowieńców; szczepionka. Przypadki 63—84.

Podał

Prof. Dr Ksawery Lewkowicz.

(Według wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem w d. 19. lutego 1919 i w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem w d. 18. marca 1919)

(Dokończenie).

W każdym razie było 3 ujemne wyniki na 16, a gdyby się chciało wyłączyć jeszcze przypadki 77* i 79* wyleczone wyłącznie przy użyciu szczepionki: 3 na 14. Ogółem trzeba więc powiedzieć, że w obecnej seryi surowica wstrzyknięta dokomorowo u dzieci starszych i u osób dorosłych działała mniej pewnie, niż w poprzednich seryach, w których mianowicie u dzieci starszych można było przy tem leczeniu liczyć prawie z całą pewnością na wynik dodatni. Powtarza się tu to, co spostrzegaliśmy przy użyciu słabej surowicy krakowskiej w drugiej seryi, mianowicie, że surowica ta działała w niektórych przypadkach wcale dobrze, a zawodziła zupełnie w innych. Przyczynę stanowi też rzeczywiście obniżenie się wartości leczniczej surowicy używanej przez nas, a pochodzącej z zakładu państwowego w Wiedniu: zawartość swoistych ciał ochronnych, dających się oznaczyć sposobem odchylenia dopełniacza, jest w tej surowicy obecnie, jakby wynikało z oznaczeń Bujaka, 3—10 razy mniejsza, niż przed wojną.

Nie należy zaś sobie wyobrażać, że działanie surowicy przeciwmeningokokowej o 3—10 razy mniejszej zawartości ciał ochronnych jest w użyciu leczniczem tylko 3—10 razy słabsze od surowicy pełnowartościowej, ale jest zawsze dodatnie. Warunki działania surowicy są tu zasadniczo różne od działania surowicy przeciwbłoniczej, gdyż chodzi o działanie surowicy miejscowe na same zarazki chorobotwórcze, a przytem ubytek siły leczniczej nie może być zrównoważony podwyższeniem dawki. Przy tych słabych surowicach zaznacza się też już klinicznie, przynajmniej w niektórych przypadkach, działanie wprost niekorzystne, jak to widzimy w przyp. 68* przy użyciu surowicy wyzdrowieńców uodpornionych szczepionką. Możnaby to tłumaczyć w ten sposób, że przeważa tu wobec meningokoków wpływ surowicy, jako dobrej pożywki — meningokok rośnie przecież na pożywkach z surowicą wiele lepiej, niż na pożywkach zwykłych — nad wpływem szkodliwym dla meningokoka, zależnym od obecności swoistych ciał ochronnych. Potwierdzałyby to doświadczenia nad bakteryobójczością surowicy in vitro (Bujak*), gdyż okazuje się z nich, że nawet pełnowartościowa surowica działa najlepiej w pewnem rozcieńczeniu (3—10%), zaś w stanie zgęszczonym prawie zupełnie nie działa, a działanie bakteryobójcze surowic słabych (krakowskiej) mimo znacznej zawartości swoistych ciał ochronnych równe jest zeru.

*) IV. doniesienie.

Leczenie szczepionką. Jeżeli surowica zaraz w pierwszych kilku czy kilkunastu dniach leczenia nie osiągnie skutku i chory ginie, to wobec takiego obrotu sprawy jesteśmy na razie zupełnie bezsilni. Trudno natomiast przychodzi pogodzić się z niekorzystnem zejściem takich przypadków, jak 52*, w których surowica, chociaż nie osiągnęła wyleczenia, miała przecież wpływ wybitnie dodatni i w których już sam długi przebieg i końcowe przytłumienie sprawy zakaźnej przemawia za pewnym stopniem uodpornienia ustroju. Mimo to znajdujemy się wobec takich przypadków w końcu w położeniu bez wyjścia, gdyż pozostawienie chorego bez leczenia surowicą nie może rokować większych widoków, ale także i dalsze stosowanie surowicy nie wiedzie do celu, a może nawet przez wywoływanie ciężkich objawów ogólnych i miejscowych działać wprost szkodliwie. Do czego te odczyny mogą prowadzić u chorego, uczulonego poprzedniemi wstrzykiwaniami surowicy, widzimy dnia 16. i 17. choroby w przyp. 75*, kiedy średnie dawki surowicy, zastosowane w 12 dni po pierwszem dożylnem wstrzyknięciu surowicy, wywołują zaostrzenie objawów oponowych i groźny stan zapadowy, z którego tylko z ciężką biedą udało nam się chorego wydobyć. Wpływ ten szkodliwy przy częściej powtarzanych wstrzykiwaniach, jak w przyp. 52*, mniej wpada w oczy, gdyż więcej jest ciągłym i dlatego trudno go oddzielić od objawów choroby podstawowej, mimo to nie może chyba ulegać wątpliwości.

Podobne refleksye nasuwają się także wobec przypadków późnych nawrotów, jak w naszym przypadku 46*.

Otóż było dla mnie rzeczą oczywistą, że środek zaradczy mógłby tu stanowić jedynie uodpornienie czynne ustroju, o ileby się je mogło osiągnąć zapomocą szczepionki jeszcze w czasie trwania sprawy zakaźnej ostrej. Leczenie szczepionką należałoby rozpoczynać wcześnie, aby wtedy, kiedy dalsze stosowanie surowicy więcej przynosi szkody, niż pożytku, było już osiągnięte pewne uodpornienie czynne. I w ten właśnie sposób zapobiegawczo, czy przygotowawczo, stosowałem szczepionkę od chwili objęcia chorego w leczenie we wszystkich przypadkach ciężkich obok leczenia surowicą, a prócz tego starałem się wypróbować działanie tego środka w przypadkach lżejszych bez użycia surowicy. Odpadł tylko jeden przypadek bardzo ciężki (69*), w którym szczepionki wogóle nie zastosowałem.

Co do dawek i odstępów, to próbowałem w paru przypadkach dawek małych, często powtarzanych (68*); przeważnie jednak stosowałem dawki większe w typowych odstępach około jednotygodniowych. O ile z dotychczasowego doświadczenia wynika, dawka początkowa powinna wynosić u niemowląt 0·2—0·4, u dzieci starszych 0·5—1·0, u dorosłych 2—4 miliardów ziarenkowców. Dawki podnosiło się następnie przy każdem dalszem wstrzykiwaniu okrągło o połowę poprzedniej ilości. W ten sposób dojść można u osesków do dawki jednego miliarda, a nawet 2 miliardów, u dzieci starszych i osób dorosłych do dawki 40 miliardów, a nie spostrzega się żadnych poważniejszych niepożądanych skutków ubocznych.

Dawki poszczególne wstrzykiwałem ostatnimi czasy zawsze podzielone na 10—40 dawek mniejszych. Chodziło mi przytem pierwotnie o uniknięcie zbyt silnych odczynów miejscowych i zbyt głębokich zmian tkanki w razie stosowania dawek dużych. Ale wieloogniskowe stosowanie szczepionki przedstawia, jak przypuszczam, jeszcze inne korzyści, mianowicie wydatniej-

sze wytwarzanie ciał ochronnych, gdyż wytwarzanie to musi być chyba zależne od rozległości tkanki, zajętej swoistem zapaleniem, i większą możliwość, że wstrzyknięty materyał zakaźny zostanie przerobiony na miejscu prawie w całości aż do połączeń nieszkodliwych i nie będzie działać w wybitniejszej mierze ujemnie na narządy wewnętrzne, ważne dla życia.

Co do stosowania szczepionki samej bez równoczesnego leczenia surowicą, to z dzieci starszych i osób dorosłych nadawałyby się do tego leczenia, o ile można sądzić z dotychczasowych doświadczeń, tylko te przypadki, które mają pewne widoki wyzdrowienia także bez leczenia swoistego, zatem przypadki niezbyt ciężkie co do objawów klinicznych, bez powikłań, w szczególności bez znaczniejszego nieżytu oskrzelowego grożącego zapaleniem odoskrzelowem płuc, z małą ilością meningokoków w płynach badanych, z miernem ropieniem (neutrofilią), a wyraźną bazofilią i eozynofilią miejscową lub przynajmniej samą bazofilią, wreszcie z pewnym stopniem osiągniętego już swoistego uodpornienia (przyp. 79* w przeciwieństwie do przyp. 73*). Wobec tego jednak, że leczenie samą szczepionką przedstawia pewne niebezpieczeństwa, gdy przypadki nie są stosownie dobrane (62*, 76*), należy przyjąć za zasadę, żeby stosować szczepionkę z reguły obok leczenia surowicą.

Zapomocą szczepionki stosowanej w podany sposób można niewątpliwie uzyskać wydatne uodpornienie czynne i doprowadzić, jak wynika z oznaczeń Bujaka, przeprowadzonych sposobem odchylenia dopełniacza i z oznaczeń bakteryobójczości, zawartość oddziaływaczy swoistych we krwi chorego do wysokości zbliżającej się do zawartości tychże ciał ochronnych w surowicach leczniczych (przyp. 73*). Przyczynić się to może niewątpliwie do wyleczenia (przyp. 77*, 79*), w innych przypadkach osiąga jednak tylko znaczne przytłumienie sprawy zakaźnej (73*). Widocznie nabłonek komór i splotów, będący właściwem podłożem zakażenia nawet przy zapaleniu, przy którem przecież wysięk doprowadza do niego surowicę, choćby znacznie rozcieńczoną, tylko w bardzo ograniczonej mierze korzysta z krążących we krwi swoistych oddziaływaczy. W wymienionym przypadku trzeba było w końcu wstrzyknąć dokomorowo własną surowicę chorego, żeby osiągnąć wyjałowienie nabłonka, zatem dostęp dla ciał ochronnych do nabłonka otwarty jest, jak się zdaje, w znaczniejszej mierze tylko od strony płynu mózgowordzeniowego.

Na wynik korzystny złożyło się tu niewątpliwie kilka czynników: 1) bardzo silne uodpornienie chorego czynne, ogólne, humoralne, samo przez się jednak nie wystarczające do wyleczenia, 2) uodpornienie miejscowe bierne przez użycie dokomorowe własnej surowicy chorego, chociaż ta była słabsza od wiedeńskiej, która przecież poprzednio zawiodła, 3) działanie tej surowicy jako dopełniacza. Prócz tego możnaby jeszcze wymienić: 4) może także pewne uodpornienie miejscowe czynne nabłonka w ciągu długiego trwania choroby, w łączności z niszczeniem meningokoków w nabłonkach i 5) pewne procesy swoistego uodparniania tkanki miejscowego humoralnego, wyrażające się obecnością bazofilów i eozynofilów.

W każdym razie wyleczenie tego przypadku, który w końcu już wprost rozpaczliwie się przedstawiał, musi być uważane za niemały sukces i świadczy, że znajduję się w moich usiłowaniach leczniczych na dobrej drodze. Nie potrzebuję chyba dodawać, że przypadek ten jest unikatem w piśmiennictwie.

Na tem kończę i streszczę jeszcze tylko pokrótce wyniki moich badań w następujących wnioskach:

1) Właściwem siedliskiem sprawy chorobowej w zapaleniu nagminnem opon są komory mózgowe; stanowią one niejako wylęgarnię meningokoków, z której mikroby te przez prąd płynu mózgowordzeniowego roznoszone są po całej przestrzeni podpajęczynówkowej. Wynika stąd wskazanie, aby starać się działać leczniczo w pierwszym rzędzie na komory.

2) Wstrzykiwanie surowicy nardzeniowe nie odpowiada temu wskazaniu, gdyż surowica dostaje się przy tem stosowaniu do komór tylko w niedostatecznej ilości, a przy zdarzających się niekiedy utrudnieniach komunikacyi u wylotu komór nie dostaje się tam wcale.

3) Co do wstrzykiwań dokomorowych surowicy, to z wyżej przedstawionego stanowiska nie można im nic zarzucić, gdyż surowica tak w komorach, jak i w przestrzeni podpajęczynówkowej utrzymuje się po nich w ciągu około jednej doby na wysokości optimum leczniczego.

4) Surowica wyzdrowieńców może być użyta w pewnych przypadkach z korzyścią, ale tylko wtedy, jeżeli przez wydatne uodpornienie czynne wyzdrowieńca wartość jej zbliża się do wartości surowic leczniczych znajdujących się w obiegu.

5) Co do szczepionki, to wskazane jest jej stosowanie u dzieci starszych i osób dorosłych, i to od początku w sposób zapobiegawczy, z reguły przy równoczesnem użyciu surowicy. Przez stosowanie szczepionki uzyskać można jeszcze podczas trwania zakażenia znaczne uodpornienie ogólne. Uodpornienie to przy pewnej skłonności do samowyleczenia przyczynić się może niewątpliwie do osiągnięcia wyzdrowienia. Wartości uodpornienia czynnego dowodzą jednak przedewszystkiem te ciężkie przypadki, które nie okazują wcale żadnej skłonności do samowyleczenia, a w których stosowanie szczepionki doprowadza do takiego przytłumienia zakażenia, że sprawa chorobowa przestaje być groźną i w których wreszcie użycie nawet względnie słabej własnej surowicy chorego doprowadza do pomyślnego zakończenia sprawy.

Oceny i sprawozdania.

Leczenie surowicami i szczepionkami bakteryjnemi.

Sprawozdanie poglądowe.

Podał Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

(Ciąg dalszy).

W gorączce połogowej Burckhardt wstrzykiwał 10—20 cm sz. surowicy i zauważył spadek gorączki na pewien czas; powtarzał ten zabieg w razie ponownego podnoszenia się ciepłoty. Wyleczenie miało następować po 1—4 wstrzyknięciach (pierwszy raz 20 cm sz. surowicy). Skuteczne wyniki leczenia surowicą gorączki połogowej podają: Martin, Menzer, Bussala, Schultze, Bewersdorff, A. Müller, Lotsch, Brunet, Thorn, Wendel, Leo. Toż samo w zapaleniu wsierdzia Cyril i Raw; w zapaleniu śluzówki macicy (endometritis): Bumm, Meyer, Fromme; w zapaleniu otrzewnej: Fromme; w przewlekłej posocznicy: Küster; w płonicy Heubner; w róży Jarcho i Schäfer; w błonicy Meyer; w celach zapobiegawczych przed operacyami Fromme i Meyer. Każdy przypadek należy indywidualizować. Wogóle w ostrych zakażeniach, zagrażających życiu, wskazane są z początku wysokie dawki; w przewlekłych (n. p. zakażeniu mieszanem gruźliczem) mniejsze dawki. Przeciwwskazanie do stosowania surowicy stanowią zapalenia ropne (opłucnej, stawów, otrzewnej). Bardzo ostrożnie należy postępować przy wysiękach opłucnych i osierdzia; rozpoczyna się bardzo małemi ilościami (0·5). Przy powikłanych wadach serca i przy zwężeniach zastawek lepiej nie stosować surowicy. Wogóle przy ciężkich zapaleniach gardła, połogowych zapaleniach macicy, róży, ropowicy, płonicy, dnia pierwszego i następnych wstrzykiwać codziennie po 20 cm sz.; jeśli przebieg dalszy pozwala, to już począwszy od drugiej dawki obniżyć ilość do 10 cm sz. Przy zamkniętych ogniskach ropnych należy naprzód wykonać odpowiedni zabieg operacyjny i wypuścić ropę.

W ostrym gośćcu stawowym wstrzykuje się codziennie 5—10 cm sz. aż do ogólnej ilości 50 cm sz. surowicy. Gdy gorączka wysoka, to przerywa się wstrzykiwania na 1—2 dni. W przewlekłym gośćcu stawów poczyna się od 0·5—2 cm sz. surowicy i wstrzykuje się następnie — jeśli wystąpił odczyn — w odstępach 2—3-dniowych po 2—3 cm sz. (przy ostrożnem postępowaniu 0·5—1·0 cm sz.). Jeśli przy tej dawce niema wybitnego odczynu, to zdwaja się ją przy zatrzymaniu przerw 2—3-dniowych; jeśli wystąpi silniejszy odczyn lub wyraźne osłabienie ustroju, to należy wstrzykiwania wstrzymać do zupełnego ich ustąpienia i później dopiero podjąć leczenie w dalszym ciągu. Po zużyciu 30 cm sz. należy zrobić przerwę 8—14-dniową i przez ten czas stosować kąpiele, miesienie i inne zabiegi lecznicze.

W ostrem zakażeniu mieszanem w gruźlicy tylko z początku i przy szybko postępującem zakażeniu radzą wstrzykiwać przez kilka dni po 10 cm sz. surowicy; przy rozległym rozpadzie płuc nie wolno wstrzykiwać surowicy.

W przewlekłem zakażeniu (streptococcaemia mixta stationaris chronica) wstrzykuje się z początku co 8 dni pod kontrolą wagi ciała 0·5—1 cm sz. surowicy; później co 4—5 dni, zwiększając zwolna dawkę do 5 cm sz., i to tylko w I. i II.

okresie gruźlicy; przy rozpadzie płuc wtedy, skoro odżywienie jest dobre, a czynność serca i trawienie prawidłowe. W pląsawicy (chorea minor) polecają dawkę 0·5, którą się zwiększa zwolna w odstępach 2—3-dniowych.

Meyer poleca surowicę jako środek zapobiegawczy, zwłaszcza przy operacyach. Fromme u 8 kobiet wstrzykiwał na 3—4 godzin przed operacyą 10 cm sz. (przypadki ginekologiczne) i miał mieć dobre wyniki.

Ram stosował surowicę przez odbytnicę w złośliwem zapaleniu wsierdzia (rano i wieczór po 20—40 cm sz. w rozczynie soli kuchennej po poprzedniej lawatywie oczyszczającej) z dobrym wynikiem.

XVI. Surowica przeciwtężcowa. Teoretyczna zasada przy otrzymywaniu surowicy przeciwtężcowej tasama, jak przy otrzymywaniu surowicy przeciwbłoniczej. Okazało się atoli w praktyce, że antytoksyna tężcowa nie może tyle zdziałać, co antytoksyna błonicza. Pierwsze doświadczenia wykonali Behring i Kitasato. Surowica przeciwtężcowa więcej się zapowiada dla celów zapobiegawczych, jak leczniczych. Pochodzi to stąd, iż jad tężcowy zostaje rychło silnie związany w tkankach. Ponieważ jednak stwierdzono, że toksyny tężcowe, krążące we krwi, są zobojętniane przez antytoksyny, że jad tężcowy związany w tkankach, daje się z nich wydzielić z powodu powinowactwa do antytoksyny i może być zobojętniony, przeto należy surowicę wstrzykiwać jak najrychlej po zakażeniu tężcowem.

Merck ma na składzie surowicę przeciwtężcową Tizzoniego, otrzymaną z krwi koni, uodpornionych jadem tężcowym. Siła uodparniająca w probówce (in vitro) wynosi 100.000 I. E. na 1 cm sz., t. j. 1 cm sz. surowicy lub 0·1 grm suchej antytoksyny zobojętnia 100.000 jednostek toksycznych, przyczem jedna toksyczna I. E. stanowi tę najmniejszą ilość przesączonej hodowli, która zabija królika o wadze 1 kg w 4—5 dniach. Antytoksyna Tizzoniego jest suchą, aseptyczną przeciwtężcową surowicą, która w suchem i chłodnem miejscu przez długi czas się nie zmienia. Flaszeczki zawierają 5 grm. suchej surowicy (5,000.000 I. E.); należy je otwierać przed samem użyciem. Do rozcieńczenia używa się wody przekroplonej, na krótki czas przedtem zagotowanej i oziębionej. Jedną część suchej surowicy miesza się z 10 cm. sz. wody w moździerzyku i przykrywa szkiełkiem przykrywkowem (zegarkowem) na $^1/_2$—$^3/_4$ godziny w celu napęcznienia, poczem napęczniałą antytoksynę rozciera się doszczętnie tłuczkiem. Najlepiej wstrzykiwać podskórnie surowicę w okolicę rany. Narzędzia wszystkie należy dokładnie wygotować i wyjałowić — i dopiero po oziębieniu ich używać, gdyż antytoksyna już przy słabem cieple się rozkłada.

Wstrzykiwać należy zaraz z początku zakażenia, i to na raz pół flaszeczki (2·5 grm.), a drugą połówkę rozdziela się na 4 dawki w ciągu następnych dni. W przypadkach ciężkich lub spóźnionych wstrzykuje się najpierw naraz zawartość całej flaszeczki, a potem częściowo zawartość następnej.

Antytoksyna Tizzoniego znajduje się w stanie płynnym. Dawka jej zapobiegawcza wynosi 5—10 cm sz., t. j. 200.000 I. E., a lecznicza 25 cm sz. t. j. 1,000.000 do 1,500.000 I. E. Istnieje też surowica przeciwtężcowa Dehringa, sucha i płynna. Dla ochrony używa się jej 20. A. E., a dla leczenia 100 A. E.; w razie potrzeby powtarza się wstrzyknięcie po 24 godzinach. Dla dzieci dawka o połowę mniejsza. Obok surowicy należy podawać i środki odurzające, nasenne, tudzież leczyć ranę przeciwgnilnie, a względnie wykonać operacyę wskazaną. Odnośne prace ogłosili: Tizzoni i Cattani, Giusti i Bojanuti, Schwarz, Percy, Dedu, Evans, Rushton, Parker, Hacker, Miti, Marking, Jones, Criff, Illuminati, Langdale, Marriot, Bar. Niekorzystne wyniki wydarzają się przy spóźnionem leczeniu surowicą — i dla tego radzą przy każdej ranie miażdżonej i zanieczyszczonej błotem ulicznem zapobiegawczo stosować surowicę. Przy tężcu wskazane są wstrzykiwania surowicy śródmięśniowo i śródżylnie.

XVII. Surowica przeciwgruźlicza. W gruźlicy obok czynnego uodporniania tuberkuliną stosowano i leczenie surowicami przeciwgruźliczemi, zawierającemi istoty bakteryobójcze i antytoksyczne. Najważniejsze z nich są surowice Maragliana i Marmorka. O ich działaniu pomimo rozległego piśmiennictwa trudno sobie wyrobić sąd stanowczy.

Maragliano otrzymywał surowicę przez wstrzykiwanie koniom różnych antygenów gruźliczych (Berl. klin. Woch. 1906 Nr 43). Obecnie używa on do wytwarzania swej surowicy — oprócz nieogrzewanych przesączów hodowli — wyłącznie swego wyciągu wodnego i miazgi z protoplazmy bakteryi (»wässeriges Bacterienprotoplasma« i »Bacterienpulpa«). Wyciąg wodny bakteryi uzyskuje on przy 95° C., a z miazgi wyciska sok sposobem podanym przez Buchnera. Surowica Maragliana ma zawierać aglutyniny, bakteryolizyny i antytoksyny. Antytoksyny w niej zawarte mogą być ilościowo oznaczone. (Maragliano uważa za jednostkę antytoksyczną tę ilość antytoksyny, która zdoła ochronić 1 grm. świnki morskiej od zadziałania śmiertelnej dawki jadu gruźliczego). Surowica w handlu zawiera w 1 cm sz. 1000 jednostek antytoksycznych; $^1/_4$ cm sz. zatem wystarcza do ochronienia świnki morskiej, ważącej 250 grm., od dawki śmiertelnej jadu gruźliczego. Probierz stanowi odnośny wyciąg wodny bakteryi, którego $2^1/_2$ cm. sz. zabija świnkę morską, zupełnie wolną od gruźlicy, w 3 dniach. Zazwyczaj wstrzykuje się podskórnie co drugi dzień po 1 cm sz. surowicy, nie zważając na gorączkę. Przy silnej i uporczywej gorączce można stosować 5—10 cm sz. (bliższe uwagi co do dawkowania dołączone są do surowicy sprzedawanej). Maragliano poleca swoją surowicę głównie przy zmianach ogniskowych gruźliczych w płucach, gdzie jest mało prątków lub gdzie ich niema w plwocinie. Przy szybko postępującej gruźlicy wynik jest ujemny. Piśmiennictwo odnośne jest bardzo rozległe (sprawozdania zbiorowe ogłosili: Maragliano, Zässlein, Merck, Raimond, Jasano, Guidotti, Beccario, Hager, Ulrich, Federici, Schrumpf).

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Z Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galic. Dnia 17. kwietnia b. r. odbyło się posiedzenie pełnej Rady Towarzystwa lekarzy gal. we Lwowie. Prezes Towarzystwa złożył sprawozdanie z czynności za rok 1918, które w najbliższych tygodniach będzie w skróceniu ogłoszone w Przeglądzie lekarskim. Na razie podajemy następujące szczegóły: Uregulowano fundacyę Dr Gawałkiewicza i przyjęto nowe zapisy fundacyjne ś. p. Dr Nycza i ś. p. Prof. Marsa. W tym roku weszła także w życie nowo utworzona fundacya Dr J. Fränkla w Tarnowie (dotąd 1.000 K nom. i 10 K gotówką). Przyjęto również do wiadomości, że ś. p. Dr Skobel, który zapisał Tow. lek. krak. 20.000 K, ustanowił Towarzystwo lek. gal. substytutem. Zapomóg udzielono w r. 1918 ponad 18.000 K. Dzięki nowym zapisom powiększył się majątek Towarzystwa w r. ubiegłym o 9.823 K 60 h. Od października jesteśmy od Morszyna oddzieleni i nie wiemy, co się tam dzieje. Dalej uchwaliła Rada »ze względu na zwiększone potrzeby wydawnictw i Towarzystwa wogóle, ze względu na nędzę, panującą pomiędzy wdowami i sierotami« podnieść wkładkę roczną członków oddziałów prowincyonalnych na 36 K. Oddziały: lwowski i krakowski, już wysokość wkładki znacznie podniosły. Dalej uchwalono, aby pensye i zapomogi rozsyłać wdowom i sierotom przez pocztową Kasę oszczędności, która powstaje w Warszawie i przyjęto do wiadomości, że z powodu trudności komunikacyjnych część agend Towarzystwa, dotyczących wypłat i zapomóg, prowadzi od Nowego Roku kolega prof. Ciechanowski w Krakowie. Na Zjazd lekarzy w Warszawie wydelegowało Towarzystwo członków swoich prof. Ciechanowskiego, prof. Glzuzińskiego Antoniego, Prezydenta Izby lek. lw. Dr Papeego i Dr K. Zgórskiego. Udzielono wreszcie jednorazowe zapomogi na termin kwietniowy w kwocie 950 K i radzono nad zmianą ustawy Towarzystwa.

Warszawa. W d. 27. i 28. IV. odbył się z inicyatywy Stowarzyszenia lekarzy polskich Zjazd delegatów wszystkich towarzystw i zrzeszeń lekarskich, jak również Izb lekarskich z całej Polski, aby rozpatrzeć sprawę ubezpieczenia na wypadek choroby (kas chorych), już wprowadzonego dekretem ministeryalnym, jak również, aby obradować nad projektem ustawy o Izbach lekarskich. Na Zjazd przybyło przeszło 50 delegatów wszystkich bez wyjątku towarzystw i zrzeszeń ze wszystkich ziem polskich, a reprezentujących przeszło 4000 lekarzy. Na dwu posiedzeniach był obecny Minister zdrowia publicznego, doc. Dr Tomasz Janiszewski. Zjazdowi przewodniczyło prezydyum honorowe, złożone z 8 członków; rzeczywistym przewodniczącym został wybrany prof. Dr Ciechanowski z Krakowa. Obrady były oparte na kilkunastu referatach, starannie przygotowanych przez delegatów z Poznania, Warszawy, Lwowa i Krakowa. Najważniejsze z uchwał Zjazdu polegają na żądaniu szeregu zmian w dekrecie o ubezpieczeniach na wypadek choroby i na żądaniu wprowadzenia Izb lekarskich, i to przed zatwierdzeniem tamtego dekretu;

dalej oświadczył się Zjazd za utworzeniem (obok już istniejących towarzystw i związków) ogólnej organizacyi lekarzy na tle czysto ekonomicznem, za utrzymaniem Ministerstwa zdrowia z lekarzem na czele i za oddaniem temu Ministerstwu spraw opieki społecznej. Dla wykonania uchwał wybrano Delegacyę Zjazdu, złożoną z 15 członków (5 z Warszawy, po 2 z Poznania, Lwowa i Krakowa, po 1 z Łodzi, Lublina, Częstochowy i Sosnowca). Wydział wykonawczy tej delegacyi stanowią koledzy: Radziwiłłowicz, Starkiewicz, Bączkiewicz, Jakowski i Pawłowicz w Warszawie.

W pierwszym dniu Zjazdu podejmowali koledzy warszawscy przybyłych gości wieczerzą w Resursie obywatelskiej, w przeddzień Zjazdu odbyło się zebranie towarzyskie w Stowarzyszeniu lekarzy polskich.

Komitet organizacyjny warszawski przygotował Zjazd delegatów pod każdym względem doskonale.

— »Gazeta lekarska« zamierzała z powodu trudności wydawniczych zawiesić wydawnictwo, jednakże zachęta i pomoc ze strony czytelników sprawiły, że przerwa w wydawnictwie trwała tylko tydzień. (Gaz. lek. 15—16).

— Wyszedł z druku pierwszy zeszyt »Chirurgii operacyjnej« prof. Dr Romualda Węgłowskiego (z Moskwy), wydawanej przez księgarnię M. Arcta. Wydawnictwo ma być ukończone w maju b. r. Jest ono przerobionem i rozszerzonem wydaniem rosyjskiego podręcznika tegoż autora.

Poznań. Za dziennikami zapisaliśmy w Nrze 15. pogłoskę o utworzeniu w Poznaniu Wydziału lekarskiego. Obecnie otrzymujemy z autentycznego źródła wiadomość, że pogłoska ta nie odpowiada rzeczywistości i na razie o otwarciu Wydziału lekarskiego Poznań nie zamyśla. Rektorem Uniwersytetu w Poznaniu ma być obrany prof. Dr Heliodor Święcicki.

Kraków. Okręgowa Rada lekarska odbyła d. 22 IV. posiedzenie, na którem był obecny Minister zdrowia publicznego, doc. Dr Janiszewski Treścią obrad było przedewszystkiem zwalczanie duru plamistego.

— Dyplom doktorski z uwolnieniem od egzaminów uzyskał Dr Witold Chodźko, podsekretarz stanu i b. minister zdrowia.

Z różnych stron. Na międzypaństwowej konferencyi w sprawie duru plamistego w Wiedniu w d. 15. i 16. kwietnia przedstawił delegat Rządu polskiego, wiceminister Dr Chodźko, historyę, stan epidemii duru i plan jej zwalczania w Polsce. Konferencya postanowiła utworzyć tymczasową komisyę sanitarną międzypaństwową z siedzibą w Wiedniu, a pod protektoratem Genewskiego Czerwonego Krzyża. Tymczasowym delegatem polskim do tej komisyi mianowało Ministerstwo zdrowia Dr Melińskiego w Wiedniu.

— W Austryi niemieckiej (Deutschoesterreich) złączono dotąd rozdzielone ministerstwa zdrowia i opieki społecznej, a dodawszy do tego sprawy wyżywienia ludności, nadano temu ministerstwu nazwę: państwowego urzędu zarządu społecznego (Staatsamt für soziale Verwaltung). Ministrem (sekretarzem stanu) został Ferdynand Hanusch.

— Otrzymujemy wiadomość, że polski zakład leczniczy (przeprowadzający także leczenie morfinistów) Dr W. Maleszewskiego w Karlsbadzie jest bez przerwy czynny.

Zmarli: Dr Władysław Odlanicki-Poczobut w Nowo-Radomsku w 48 r. ż., Dr Witold Jarnuszkiewicz w 68 r. ż. w Lublinie, Dr Tadeusz Sznuk w 37 r. ż. w Ostrowcu (w Radomskiem), Dr Bolesław Jaguszewski w 27 r. ż. w Staszowie, Dr Stefan Madler w 32 r. ż. w Zamościu, Dr Antoni Deszert w 59 r. ż. i Dr Wincenty Szyszło, członek organizacyi w r. 1863, w 81 r. ż. w Warszawie, Dr Edward Szwarcenberg-Czerny w 51 r. ż. w Krakowie.

Redakcya otrzymała: Bujak: O zachowaniu się surowicy obcogatunkowej, wprowadzonej dokomorowo lub nardzeniowo. (Rozpr. Akademii Umiej. 1919). — J. Pawiński: Ignacy Baranowski, jako lekarz, profesor i obywatel. (Gaz. lek. 1919).— Kuczewski: O niezbędności wprowadzenia w Państwie polskiem ubezpieczenia społecznego z punktu widzenia społecznej walki z gruźlicą. (Gaz. lek. 1919).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w kwietniu 1919:

Gazeta lekarska Nr 14.—18.: Pawiński: Ignacy Baranowski, jako lekarz, profesor i obywatel (14). — Flatau: Badania doświadczalne nad guzami złośliwym i układu nerwowego ośrodkowego (15—16). — Anigstein: Przyczynek do ontogenezy Trypanosoma Lewisi i uwagi o t. zw. »ziarenkach infekcyjnych« spirochet (17). — Jaworski: O potrzebie zaprowadzenia pogranicznych stacyi kontroli sanitarnej oraz utworzenia Najwyższej Rady sanitarnej międzynarodowej w Warszawie (17). — Olbrycht i Gawroński: Zmiany anatomopatologiczne w grypie nagminnej na podstawie 205 przypadków (18).

Zdrowie Zesz. 3.: Zylberlast-Zandowa: O badaniu odczynu tuberkulinowego u dzieci szkół miejskich.

Kronika dentystyczna Nr 3.: Krakowski (ciąg dalszy).

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

L. 596

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Na mocy postanowień ustawy z dnia 2 lutego 1891 Nr 17 Dz. u. kr. uchwały Wysokiego Sejmu z 11 kwietnia 1900 K. S. 1362 i ustawy z 5 października 1906 Nr 148 dz. u. kr. rozpisuje się niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Grodzisku, z płacą 2.400 K rocznie, dodatkiem drożyźnianym 1.200 K i ryczałtem na koszta podróży służbowych w kwocie 600 K na rok. Za zezwoleniem Starostwa będzie mógł lekarz okręgowy otworzyć i utrzymywać aptekę domową.

Do okręgu sanitarnego w Grodzisku przydzielone są gminy:

1) Grodzisko miasto; 2) Grodzisko dolne; 3) Grodzisko górne; 4) Laszczyny; 5) Chodaczów; 6) Dembno; 7) Opalenisko; 8) Tryńcza; 9) Ubieszyn; 10) Głogowiec.

Kandydaci ubiegający się o posadę muszą prócz dostatecznej fizycznej zdatności, stwierdzonej świadectwem lekarza powiatowego, posiadać następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa polskiego;
2) Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3) Nieskazitelny charakter;
4) Znajomość języków krajowych;
5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;
6) Nieprzekroczony wiek lat 40.

Pierwszeństwo będą mieli kandydaci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego, albo egzaminem fizykackim.

Podania wnosić należy do podpisanego Wydziału powiatowego w terminie do 30 maja 1919 r.

Z Wydziału Rady powiatowej. 137

W Łańcucie, dnia 12 kwietnia 1919 r.

Za Sekretarza: Zast. Prezesa:

Gruszczyński w. r. *Żardecki* w. r.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 19. Kraków, 10. maja 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2 Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Rok LVIII. Kraków, 10. maja 1919 Nr. 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

†

NAPOLEON CYBULSKI

Imieniem Akademii Umiejętności, imieniem Uniwersytetu Jagiellońskiego i najbliższych kolegów z Wydziału lekarskiego ostatnie słowa pożegnania — imieniem tych instytucyi, którym służył wiernie i z całem poświęceniem, które były treścią i osią jego życia, a których on był i pozostanie chlubą, chwałą i dumą.

Powiada zmarły w jednem ze swoich pism, że tak jak muzykiem, artystą lub poetą trzeba się urodzić, tak i uczonym nie można się zrobić, lecz popęd, usposobienie i uzdolnienie do pracy naukowej musi umysł posiadać już w swej organizacyi. Otóż Cybulski był tym uczonym z Bożej łaski, miał w sobie tę iskrę Bożą, która go już wcześnie pasowała na prawdziwego rycerza nauki.

Z ziemiańskiego domu rodzinnego udał się na studya do Petersburga i już w ciągu lat uniwersyteckich oddawał się badaniom naukowym; gdy po świetnie ukończonych egzaminach otwierała się przed nim obiecująca karyera praktyczna. on w dalszym ciągu poświęcał czas studyom teoretycznym w zakresie fizyologii, a gdy koledzy jego i rodacy nie mogli zrozumieć tego, ich zdaniem wówczas dla Polaka beznadziejnego zamiłowania, odpowiadał: »wszakżeż jest Uniwersytet w Krakowie«.

I istotnie doszła do Krakowa wieść o jego pracach i Uniwersytet powierzył bez jego zabiegów temu młodemu, bo zaledwie trzydziestoletniemu uczonemu opróżnioną katedrę fizyologii, histologii i embryologii, która z biegiem lat na trzy oddzielne rozszczepiła się katedry. I nie zawiódł pokładanych w nim nadziei, ale je ponad wszelkie najśmielsze oczekiwania prześcignął. Od pierwszej zaraz chwili postawił swój wykład na wysokim, współczesnemu stanowi nauki odpowiadającym poziomie, zorganizował energią swą i niestrudzonymi zabiegami praktyczne ćwiczenia, a przedewszystkiem umiał wzbudzić w swych uczniach, asystentach i młodych lekarzach zapał do samodzielnych badań naukowych, na które główny kładł nacisk. Pracował sam i pracowali inni z nim i pod jego kierunkiem dniem i nocą; zdarzało się, że po nocy, spędzonej nad śledzeniem biegu doświadczeń, wchodził bezpośrednio na wykład. Wrzała u niego praca naukowa i rozpierała mury tych kilku pokoików, które nosiły szumną nazwę zakładu uniwersyteckiego. A gdy uzyskał wreszcie nowy zakład fizyologiczny, starał się o wprowadzenie weń nowoczesnych urządzeń, które mu umożliwiały rozwinięcie wydatniejszej działalności dydaktycznej i pozwalały na rozszerzenie badań naukowych; okazał się świetnym, szeroko rzecz ujmującym, przewidującym, zapobiegliwym organizatorem. Temi organizatorskiemi zaletami oddawał wciąż usługi i Wydziałowi lekarskiemu, współdziałając przy ważnych reformach jak przedewszystkiem reformie studyów lekarskich, za którą walczył piórem i słowem, i całemu Uniwersytetowi, jako znakomity rektor, i Akademii Umiejętności, w której pracach niestrudzony brał udział.

Pracował bez wypoczynku — wyjeżdżał zagranicę na to tylko. aby brać udział w zjazdach naukowych, na których przedstawiał wyniki swych badań naukowych, a zapoznawał się z wynikami prac innych i z nowoczesnemi urządzeniami naukowemi, by je módz u siebie wprowadzić. Wypoczynkiem po pracy naukowej był dlań udział w pracy organizacyjnej czy to w Towarzystwie naukowem im. Kopernika, czy w Towarzystwie lekarskiem. gdzie podjął się nawet na szereg lat uciążliwych obowiązków administratora Przeglądu lekarskiego, wypoczynkiem był mu udział w pracy społecznej, która go pociągała, a do której starano go się znowu pociągać ze względu na jego talent organizacyjny, jego temperament, zapał i energię; widzimy Go więc przy pracy w Radzie miejskiej, przy organizowaniu Związku handlowego Kółek rolniczych. jako założyciela i prezesa Rady nadzorczej Lecznicy związkowej, inicyatora reform w zakresie higieny szkolnej, on pierwszy u nas prowadzi mozolne dokładne studya nad żywieniem się ludności.

A mimo tych licznych i różnorodnych zajęć nie okazywał nigdy zmęczenia, zawsze zachowywał humor prawdziwie litewski, swobodę i pogodę ducha, nie znał pomimo temperamentu i samodzielności zdania uporu, a tem mniej zawziętości, miał w sobie pewien urok. który mu wszystkie serca podbijał i miłość mu skarbił. Długo wspominać będziemy te rozmowy w jego gościnnym domu w Krakowie i w jego wiejskiem ustroniu, które stworzył sobie na podób litewskiego rodzinnego domu, te rozmowy pełne ożywienia, którym On nadawał wybitne piętno i które umiał podnosić nieraz do godności dysputy naukowej lub społecznej. W każdem zetknięciu z Nim odczuwało się potężną indywidualność.

Z biegiem lat, gdy pokos śmierci zmiecie współczesnych, niejeden rys może się zatrze, ale to, co nazwisku Cybulskiego zapewnia wieczną pamięć, to pomniki Jego twórczej pracy naukowej.

Pamiętam, przed laty trzydziestu, pracowałem zagranicą w pracowni jednego z największych fizyologów zeszłego stulecia, pamiętam jego słowa, a powtarzało się to kilkakrotnie w ciągu roku: »Otrzymałem znów pracę pańskiego rodaka Cybulskiego, aleź ten człowiek ma myśli«. Te słowa w ustach uczonego, to chyba największa dla uczonego pochwała.

Tak jest, Cybulski miał myśli.

Jego rzutki i śmiały umysł, wpatrzony w najwznioślejsze cele, wzbijał się na najwyższe szczyty, z których szerokie obejmował horyzonty. Pod wpływem wewnętrznej potrzeby szukania ścisłej nagiej prawdy naukowej, obdarzony wrażliwością na zjawiska przyrody, darem kojarzenia wrażeń i wysnuwania śmiałych a ścisłych wniosków, podejmował rozwiązanie zasadniczych zagadnień, a owładnąwszy dzięki ciągłym niestrudzonym studyom niezmiernie szeroki zakres nauk przyrodniczych, fizyki, chemii i biologii, nie omijał trudności, ale przeciwnie nęciły Go najzawilsze zjawiska i dzięki Jemu w różnorodnych dziedzinach fizyologii pozostanie trwały dorobek polskiej nauki. Intuicyjnie nieraz dochodził do szerokich wniosków i uogólnień. ale wyniki swych badań podawał ostrożnie, dopiero poparte szeregiem wyczerpujących doświadczeń, które wszelkie nasuwające się wątpliwości i zarzuty usuwały, jego hipotezę potwierdzały, a i innych przekonać musiały. Pomysły do nowych prac rodziły się w jego umyśle nieustannie, na wykonanie ich tylko nieraz już czasu nie stało albo środków, albo i pracowników, choć umiał on, jak rzadko który uczony, zagrzewać do samodzielnej pracy i wdrażać w nią młodych badaczy, w których wpajał ten sam kult prawdy, ścisłości i sumienności naukowej. Hojnie i obficie rozdając tematy naukowe, wykształcił też szereg uczonych, którzy dzisiaj zajmują katedry na uniwersytecie krakowskim, lwowskim i warszawskim, i to nietylko w jego specyalności, fizyologii i histologii, ale i cały szereg profesorów medycyny w jego pracowni wdrażał się w metody samodzielnego badania naukowego. W zakresie medycyny teoretycznej i praktycznej długo mówić będziemy o szkole Cybulskiego. Mógł był dla naszych uniwersytetów i dla Krakowa i dla Lwowa i dla Warszawy i dla nowopowstających w Poznaniu i Wilnie wykształcić jeszcze dalszy szereg badaczów i właśnie w chwili, gdy współdziałania takich ludzi dla naszej odradzającej się Ojczyzny najbardziej potrzeba, odszedł z pośród nas. Powiedział ktoś o zmarłym, że miał on w sobie jakiś ferment naukowy, zdolen rozpulchnić i użyźnić nawet najbardziej zakrzepłą glebę, to też dobijały się o niego inne uniwersytety, bo pozyskanie go zapewniało już z góry bujny rozwój życia naukowego; chciał Go mieć przed laty Lwów, potem Warszawa — ale nie porzucił Krakowa, z którym się zrósł; może tylko, gdyby wcześniej była doszła wieść, której wszyscy oczekujemy, o otwarciu uniwersytetu w Jego ukochanem Wilnie, byłaby Go skłoniła do podążenia w rodzinne strony.

Miał Cybulski najpiękniejszą rzecz, jaka człowiekowi może przypaść w udziale, życie pełne trudu i mozołu, ale uwieńczone bujnym plonem. I uznania za Jego zasługi Mu nie zbrakło ze strony naszych instytucyi i towarzystw naukowych; Jemu pierwszemu z pośród polskich uczonych w roku zeszłym Akademia Umiejętności przyznała nagrodę im. Jerzmanowskich, a temu odznaczeniu, które opromieniło jesień Jego życia, towarzyszyło uznanie całego świata naukowego.

Przyszły lata wojny — jak głęboko Cybulski odczuwał ważące się losy naszego narodu, jak żywy brał udział w wypadkach lat ostatnich, wiedzą ci, którzy się z nim bliżej stykali, jak trafnie oceniał od początku nasze położenie, to późniejsze wypadki okazały. Wzruszenie i utrudzenia oddziałały na nadwątlony nadmierną pracą organizm, przyszedł nieszczęsny atak. Ale podźwignął się zeń, wrócił do obowiązków swych dydaktycznych, wykłady i ćwiczenia z niemniejszą jak przedtem sumiennością prowadził. Lecz upośledzenie swobody ruchów nie pozwalało mu już, jak dawniej, zabiegać godzinami około mozolnych i skomplikowanych doświadczeń, zmienił więc kierunek pracy, albo raczej nie zmienił, tylko powrócił do teoretycznych zagadnień naukowych, które go już dawniej zajmowały. Jednym z Jego ulubionych tematów była oddawna psychylogia i pokrewne zagadnienia filozoficzne, otóż rozszerzył zakres studyów filozoficznych, otoczył się dziełami filozoficznemi, w których się rozczytywał, przytem zwrócił się intenzywniej do rozważania zagadnień społecznych i Jego doświadczenie, Jego wytrawny głęboki sąd i szeroki pogląd naukowy złożyły się na nowy szereg prac z zakresu filozoficzno-społecznego.

W ostatnią sobotę zapragnął widzieć się ze mną. Ta ostatnia z nim rozmowa wryła mi się na całe życie głęboko w pamięć i serce: Po niezmiernie, niecodziennie serdecznem powitaniu przeszedł do głównej sprawy, którą chciał omówić, t. j. sprawy swego następcy na katedrze, a potem bezpośrednio, nie zatrzymując się na żadnych szczegółach codziennego życia, zaczął mówić o zagadnieniach społeczno-filozoficznych, nad któremi w ostatnich czasach pracował i o poglądach, które w myśli Jego się krystalizowały, a które niebawem miał przygotować do druku. Podszedł do biurka, by odczytać notatkę, jaką naszkicował, wtem zachwiał się — musielismy Go odprowadzić do łoża, z którego już nie powstał.

Wychodząc po Jego zgonie uprzytomniłem sobie, że miałem w tej ostatniej z nim rozmowie niejako syntezę Jego do nas i naszego doń stosunku: dbałość o katedrę uniwersytecką, myśl o nowych zagadnieniach naukowych, a przytem tchnienie wiernej, szczerej przyjaźni.

Niechaj także i nad trumną tego wielkiego uczonego i obywatela z hołdem i czcią imieniem nauki polskiej, z głęboką wdzięcznością Uniwersytetu, z żalem całego społeczeństwa złączy się imieniem Jego przyjaciół rzewne wspomnienie dozgonnej przyjaźni i pozgonnego uwielbienia.

Cześć Jego nieodżałowanej pamięci! K. Kostanecki.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie.
(Dyrektor: Prof. Dr Bronisław Kader).

W sprawie leczenia porażeń nerwu promieniowego.

Podał

Dr Kornel Michejda,

asystent kliniki.

Zdolność chwytu ręki z nienaruszonym aparatem nerwowym i mięśniowym jest tem mniejsza, im więcej dłoń jest zgięta w stawie nadgarstkowym. Przez zgięcie w tym stawie cierpi przedewszystkiem możność wciśnięcia końców 2—5. palca do dłoni. Przy zgięciu w stawie nadgarstkowym nie można ani ułożyć ręki w pięść, ani też pewnie i mocno trzymać przedmiotów.

Jak wiadomo, ułożenie ręki w pięść przychodzi do skutku w następujący sposób: Rękę nieco prostujemy w stawie nadgarstkowym (flexio dorsalis); z tego położenia dopiero następuje silne zgięcie 2—5. palca. Gdy ono dochodzi do szczytu, wówczas końce palców dotykają tej części dłoni, która odpowiada główkom kości śródręcza II.—V. W miarę przechodzenia wyprostowania ręki w zgięcie końce palców ześlizgują się po dłoni centralnie i tem mniej mogą być przyciśnięte do dłoni, im silniejsze jest zgięcie. Wprawdzie w tem położeniu można jeszcze u-

trzymać »pięść«, jednakże zaciśnięcie jej nie może być tak silne. Kciuk przy tym akcie, t. j. przy robieniu pięści, jest lekko zgięty i przeciwstawiony, przyczem zostaje mocno przyciśnięty do grzbietu palca drugiego lub drugiego i trzeciego. I jego czynność najłatwiej jest wykonać z lekkiego wyprostowania ręki.

Chwyt, przy którym przedmioty zostają wzięte zapomocą końców palców, może zostać wykonany zarówno przy lekkiem wyprostowaniu w stawie nadgarstkowym, jak i przy zgięciu. To pierwsze położenie jest jednakże znacznie dogodniejsze do wykonania tego aktu.

Wspomniane ruchy i położenia następują przez współdziałanie następujących mięśni i nerwów:

Wyprostowanie ręki wywołuje skurcz długiego i krótkiego promieniowego prostownika nadgarstka i łokciowego prostownika ręki, mniejsze znaczenie ma wspólny prostownik palców. Wszystkie te mięśnie są unerwione przez n. promieniowy.

Zgięcie ręki w stawie nadgarstkowym wywołuje skurcz promieniowego zginacza ręki, częściowo także długiego m. dłoniowego. Pierwszy i trzeci z nich unerwiony jest przez n. pośrodkowy, drugi przez n. łokciowy.

Zgięcie palców wywołują trzy grupy mięśniowe: mm. glistowate i międzykostne zginają pierwsze członki palców i wchodzą przy ułożeniu ręki w pięść w mniejszym stopniu w rachubę; powierzchowny zginacz palców zgina środkowe członki palców, a głęboki zginacz palców zgina końcowe członki palców. Kciuk zostaje zgięty przez długiego i krótkiego zginacza kciuka.

tych mięśni, które unerwia nietknięty n. łokciowy i pośrodkowy.

Stan ten da się do pewnego stopnia poprawić sztucznie zapomocą różnych typów szyn promieniowych, jakich w okresie wojennym skonstruowano wielką liczbę. Wszystkie one mają za główne zadanie umożliwić choremu te ruchy, które następują przez działanie nieporażonych mięśni i nerwów. Powszechnie uzyskuje się to w ten sposób, że rękę zapomocą szyny ustala się w położeniu środkowem między zgięciem a wyprostowaniem w stawie nadgarstkowym, względnie w lekkiem wyprostowaniu. Ułożenie to można uzyskać albo przez podparcie dłoni zapomocą stałej szyny, albo przez zawieszenie grzbietu ręki zapomocą takiejże szyny w połączeniu z podpórką dla dłoni. Wszystkie dziś znane typy szyn w tych granicach się poruszają.

U nas używana szyna (Ryc. 1 i 2) składa się z rusztowania stalowego, dopasowanego do grzbietu ręki i dolnej połowy przedramienia i z rzemyka, podpierającego dłoń. Rozmiary tego rzemyka muszą być jak najmniejsze. Przyczyna tego wynika z tego, co wyżej powiedziano. Chodzi przecież o umożliwienie choremu chwytu; unikamy dlatego każdej dużej podpory na dłoni, ponieważ stanowi ona przeszkodę dla chwytania innych przedmiotów, prócz samej podpory. Okoliczność ta ma wielkie znaczenie dla tych ludzi, którzy wykonują grubsze i cięższe roboty (rolnicy, kowale, stolarze i t. p.). Dla wykonywania swego zawodu muszą oni mieć możność swobodnego chwytania przedmiotów grubych i dużych. Możność tę uzyskują wtenczas, gdy podpora,



Ryc. 1.



Ryc. 2.



Ryc. 3.

Przeciwstawia kciuk m. przeciwstawny przy współudziale krótkiego odwodziciela kciuka. Wszystkie powyższe mięśnie (zginacze palców, przeciwstawiacza i krótkiego odwodziciela kciuka) unerwia n. łokciowy i pośrodkowy.

Czyste porażenie nerwu promieniowego — najczęstsze z porażeń urazowych obwodowego układu nerwowego — wywołuje prócz braku odwracania (supinatio) całkowite zniesienie czynności wszystkich mięśni prostujących rękę i palce. Natomiast cała grupa zginaczy i m. przeciwstawiacz kciuka pozostają nietknięte. Ręka wskutek tego dostaje się w położenie zgięcia (w stawie nadgarstkowym), zwiększane jeszcze przez prawidłowe napięcie zginaczy i przez czynne próby używania tak ważnego narządu, jakim jest ręka. To ułożenie jednakże — jak z tego, co wyżej powiedziano, jasno wynika — wyklucza możliwość prawidłowego chwytu i ułożenia ręki i palców w pięść, ponieważ najkorzystniejsze dla tych czynności ułożenie ręki — wyprostowanie (flexio dorsalis) — jest niemożliwe.

Prócz tego zboczenia, wywołanego przez patologiczny stan unerwienia ręki, istnieje jeszcze przy porażeniu n. promieniowego przeszkoda mechaniczna dla ułożenia ręki w pięść i dla chwytu. Tkwi ona z jednej strony w przedłużeniu i maksymalnem rozciągnięciu porażonych prostowników, z drugiej w skróceniu zginaczy, mających napięcie prawidłowe. To skrócenie w miarę trwania sprawy staje się coraz większe i uporczywsze. Tymczasem skurcz mięśnia jest tylko wtenczas możliwy, jeżeli włókna mięsne mają pewien stan równowagi, względnie jeżeli są do pewnego stopnia rozciągnięte. Gdy są skrócone, co jest równoznaczne ze skurczem, wówczas dalsze kurczenie się staje się albo całkiem niemożliwe, albo conajmniej bardzo utrudnione. Zupełna sprawność zginaczy jest jednakże głównym warunkiem dla ułożenia ręki w pięść względnie dla chwytu.

Z powyższego wynika, że chory z porażeniem nerwu promieniowego ma zaburzenia nietylko w zakresie mięśni, przez ten nerw unerwionych — co rozumie się samo przez się — lecz również wskutek patologicznego ułożenia ręki w zakresie także

umieszczona na ich dłoni, jest jak najmniejsza i jak najpodatniejsza. Chory może wtenczas wyzyskać w całej pełni czynność nieporażonych mięśni i nerwów.

Pierwszy model tej szyny nosił w naszej klinice chory J. Ł. mechanik lat 21, z porażeniem prawego n. promieniowego, ranny w listopadzie r. 1914, operowany w kwietniu 1915 r., obecnie zupełnie wyleczony. Zapomocą opisanej szyny wykonywał on zarówno przed operacyą, jak i po operacyi, zanim jeszcze wystąpił jej skutek w postaci powrotu prawidłowej czynności porażonego nerwu, wszystkie czynności, wchodzące w zakres jego zawodu.

Dla robót delikatniejszych, przy których chodzi przedewszystkiem o chwyt między końcowymi członkami kciuka z jednej a wszystkich innych palców z drugiej strony, zmodyfikowaliśmy tę szynę, wychodząc z założenia, że dla tych czynności najważniejszą jest nienaganna sprawność zginaczy palców, szczególnie zginacza głębokiego. Aby ją zabezpieczyć, przedłużono opisaną szynę aż do podstawnych członków palców zapomocą sprężyn stalowych, które jednym końcem dośrodkowym są włączone w rusztowanie szyny grzbietowej, a na drugim, obwodowym końcu złączone są z pierścieniami, umieszczonymi na 2—5. palcu. (Ryc. 3.). Sprężyny te muszą być tak silne, aby unieść mogły podstawowe członki palców; muszą jednak być i tak podatne, aby w razie potrzeby opór ich mógł być pokonany przez skurcz mm. glistowatych i międzykostnych i aby w ten sposób było możliwe zgięcie w stawach śródręczno-palcowych. Unieruchomienie podstawowych członków palców jest zatem tylko względne i ma za zadanie przedłużyć nieco mięśnie zginacze palców (flexor digitorum sublimis i profundus). Przez to w prostym stosunku rośnie ich zdolność kurczenia się. O tem, że szyna nasza odpowiada tym warunkom, mieliśmy sposobność przekonać się u pewnego słuchacza Wydziału przyrodniczego, dotkniętego porażeniem postrzałowem nerwu promieniowego po prawej stronie, który posługiwał się w całej pełni porażoną ręką we wszystkich pracach laboratoryjnych, w szczególności mikroskopowych.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Niepowetowana strata, jaką nauka polska i Wszechnica Jagiellońska poniosły przez śmierć ś. p. Napoleona Cybulskiego, wywołała w całej Polsce głęboki żal, którego wyrazem są wyrazy kondolencyi, nadsyłane ze wszech stron Uniwersytetowi krakowskiemu i Rodzinie Zmarłego. Między innymi nadesłały je: Zjazd delegatów wszystkich polskich zrzeszeń lekarskich łącznie z Izbami lekarskiemi, obradujący właśnie w chwili śmierci ś. p. prof. Cybulskiego w Warszawie, a reprezentujący 4000 lekarzy ze wszystkich dzielnic, dalej Towarzystwo przyjaciół nauk i Uniwersytet w Poznaniu, Wszechnica warszawska i lwowska i t. d. Życiorys i spis prac ś. p. prof. Cybulskiego podaliśmy z okazyi jego jubileuszu w Nrze 49 »Przeglądu lekarskiego« w r. 1910; dziś więc czcimy pamięć jego słowami pożegnania, które nad trumną wygłosił prof. Dr Kostanecki. Ze względu na życzenie Zmarłego nie było innych przemówień ani wieńców.

— W Towarzystwie lekarskiem krakowskiem odbyło się 7. V. 1919 z nader licznym udziałem członków i gości-lekarzy posiedzenie, na którem prof. Dr Ciechanowski, prezydent Dr Schoengut, prezes Dr Damski i Dr Stahr zdali sprawę ze Zjazdu delegatów zrzeszeń lekarskich w Warszawie w d. 27. i 28. IV. b. r. Uchwały Zjazdu podamy w Nrze 20. Szczegółowe sprawozdania z obrad znajdują się w Nrze 19. »Gazety lekarskiej«.

— Otrzymujemy następujący komunikat:

Wydział Związku lekarzy okręgowych galic. zjawił się d. 5. maja 1919 w Okręgowym Urzędzie lekarskim u P. Dyrektora Dra Szczepana Mikołajskiego w Krakowie i przedstawił mu i omówił sprawy, tyczące się lekarzy tegoż Związku. Wydział Związku w ciągu całej wojny, jak również obecnie, gdzie tylko może zabiega i stara się o poprawę i zabezpieczenie bytu lekarzy okręgowych, a gdy nadarzy się odpowiednia chwila, nie omieszka zwołać zjazdu lekarzy okręgowych. *Dr Wiktor Natter*, przewodniczący, *Dr Józef Bednarski*, sekretarz.

Lwów. W marcu b. r. poczęło wychodzić »Nowe Czasopismo aptekarskie«, jako miesięcznik pod redakcyą Dr fil. i farm. Henryka Ruebenbauera. W pierwszych trzech zeszytach mieszczą się prócz sprawozdań i kroniki artykuły: prof. Dr L. Popielskiego: »Sporysz pod względem chemicznym i fizyologicznym«, Oberländera: »Reforma aptekarska w nowoczesnej Polsce«, Rachwała· »Lekarze dawnego Lwowa i spór lekarza z aptekarzem«, oraz »Lekarz fundator«, Dr Sklepińskiego: »Projekt reformy zawodu aptekarskiego«. Podjęcie wydawnictwa w ciężkich dla Lwowa chwilach i postawienie go odrazu na wysokim poziomie może być słuszną chlubą i dumą lwowskich kół farmaceutycznych.

Warszawa. Ministerstwo zdrowia publicznego zwraca się z gorącym apelem do świata lekarskiego Polski o jaknajliczniejszy udział w miesięcznym spisie chorób wenerycznych. Odpowiednie blankiety będą rozsyłane lekarzom wolnopraktykującym (koloru białego), lekarzom wojskowym (koloru różowego) i szpitalom i przychodniom (koloru niebieskiego). Notować należy każdego chorego raz jeden w ciągu miesiąca czerwca r. b., poczem odsyłać blankiety do Ministerstwa zdrowia publicznego.

(Zeszłoroczny spis na terytoryum samej Kongresówki wykazał przeszło 396.000 chorych wenerycznych, obecnie chodzi o stwierdzenie stanu w całej Polsce).

— Dekretami Naczelnika Państwa zostali mianowani na Wydziale lekarskim Uniwersytetu warszawskiego: profesorem honorowym Dr Alfred Sokołowski (medycyna wewnętrzna), profesorami zwyczajnymi: prof. Dr Stanisław Bądzyński ze Lwowa (chemia fizyologiczna), prof. inż. Szymon Dzierzgowski z Petersburga (hygiena), prof. Dr Antoni Gluziński ze Lwowa (patologia i terapia szczegółowa chorób wewn.), prof. Dr Józef Hornowski ze Lwowa (anatomia i histologia patologiczna), doc. Dr Tadeusz Koźniewski z Krakowa (chemia farmaceutyczna), prof. Dr Leon Kryński z Warszawy (chirurgia operacyjna i anatomia topograficzna), prof. Dr Jan Mazurkiewicz z Krakowa (psychiatrya), prof. Dr Władysław Mazurkiewicz z Warszawy (poprzednio we Lwowie — farmakognozya); prof. Dr Jerzy Modrakowski z Warszawy (poprzednio we Lwowie — farmakologia), Dr Kazimierz Rzętkowski z Warszawy (dyagnostyki i terapii ogólnej chorób wewn.), a profesorami nadzwyczajnymi doc. Dr Franciszek Czubalski z Warszawy (poprzednio w Krakowie — fizyologia) i doc. Dr Mieczysław Konopacki z Warszawy (poprzednio we Lwowie — histologia i embryologia). (Monitor polski Nr 101. z d. 7. Maja 1919).

— W sprawie uzyskania prawa praktyki lekarskiej na obszarze Państwa Polskiego wydało Ministerstwo oświecenia w porozumieniu z Ministerstwem zdrowia tymczasowe rozporządzenie, ogłoszone w Nrze 101. »Monitora polskiego« z d. 7. maja b. r. Prawo praktyki przysługuje mianowicie obywatelom Państwa Polskiego, posiadającym dyplom jednego z państwowych uniwersytetów polskich lub dyplom równorzędnej dotąd wartości (n. p. dyplom wiedeński, jako równorzędny krakowskiemu lub lwowskiemu), albo dyplom nostryfikowany, albo dyplom uniwersytetów rosyjskich z przed d. 5. listopada 1916 lub innych zagranicznych z przed d. 1. sierpnia 1914 (jeżeli przed 5. XI. 1916 praktykę w Polsce wykonywali), albo wreszcie dyplom, potwierdzony przez komisyę uzupełniających egzaminów lekarskich, którą rozporządzenie stwarza w Warszawie, przy Wydziale lekarskim Uniwersytetu. Przewodniczącym komisyi jest Dziekan Wydziału.

Zmarli: Dr Antoni Deszert, lekarz sanitarny m. Warszawy, w 59. r. ż.

Redakcya otrzymała: Eufemiusz Herman: Przyczynek do poznania mimiki twarzy schizofreników (Akad. Umiej. 1918). — Mikulski i Herman: Tętnienie mózgu człowieka na podstawie badań eksperymentalnych. (Wydawn. Medycyny i Kroniki lek. 1918). — Pamiętnik II Zjazdu lekarzy prowincyonalnych w Lublinie w r. 1914.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 20. Kraków, 17. maja 1919. Rok LVIII.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna Przewodniczący: Redaktor główny. Członkowie: Dr W. Damski, prezes Tow. lek. krak.; dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVIII. Kraków, 17. maja 1919. Nr. 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala kraj. w Sarajewie.

Spostrzeżenia kazuistyczne.

Ostre zapalenie wsierdzia z objawami ciężkiej niedokrwistości

opisał

Prof. Dr L. Korczyński.

W przeciwieństwie do t. zw. gośćcowych zapaleń wsierdzia, przebiegających zwykle, o ile chodzi o objawy ogólne, dość łagodnie i kończących się w znacznej większości przypadków pomyślnie, odznaczają się pozornie pierwotne ostre zapalenia, poczytywane nierzadko za wyraz zakażeń septycznych, przebiegiem ciężkim i sprowadzają bardzo często śmierć chorych. W obrazach choroby, jakie tu powstają, uderzają przedewszystkiem objawy ogólnego zakażenia. Są one nazbyt dobrze znane, mówić o nich na tem miejscu byłoby rzeczą zbyteczną. Nasilenie ich zależy zasadniczo od rodzaju i od jadowitości zarazków, wzniecających zapalenie, w dalszym ciągu od zapasu sił chorego ustroju, od biologicznej sprawności poszczególnych narządów i od mniejszej lub większej zdolności do wytworzenia ciał ochronnych. Czysto miejscowe objawy zapalenia zachowują się dość rozmaicie. Tam, gdzie w tok sprawy zostaje odrazu wciągnięty przyrząd zastawkowy, względnie, gdy mięsień sercowy rychło traci siłę, bywa zazwyczaj nietrudno wykryć już w samym początku choroby ognisko sprawy zapalnej. Gdzie przyrząd zastawkowy, jako taki, jest nietknięty, gdzie zapalenie toczy się poza jego obrębem i nie rozciąga się na mięsień sercowy, może stosunkowo dość długo brakować szczegółów, wskazujących, że przyczyna choroby leży w sercu. Przypadki tego rodzaju zdarzają się niezbyt rzadko. Stąd też pochodzi, że rozpoznawanie ostrych zapaleń wsierdzia należy nierzadko do trudniejszych zadań dyagnostyki lekarskiej. Już z tego powodu pociągać może opisywanie należących do tego działu spostrzeżeń. Powód ten nie wystarczałby mi jednak do skreślenia dzisiejszej notatki. Pochop do opisania poczynionych spostrzeżeń dały przedewszystkiem bardzo znaczne zmiany w składzie krwi, spotkane na szczycie choroby i zupełne ustąpienie tych zmian w okresie zdrowienia, a niemniej i ta okoliczność, że choroba, sprawiająca w początkach spostrzegania klinicznego nader niekorzystne wrażenie, zakończyła się jednak pomyślnie.

Tych parę słów dla usprawiedliwienia publikacyi streszczonego poniżej spostrzeżenia.

27-letnia żona rzeźnika z Sarajewa, wyznania mojżeszowego, przyjęta na oddział 14. sierpnia 1918, podała w wywiadach, że choroba rozpoczęła się przed jedenastu dniami bólem głowy, brakiem apetytu i ogólnem rozłamaniem. W drugim dniu choroby, t. j. 4. sierpnia, pojawiły się dreszcze, gorączka, później poty, oraz kilkakrotne wymioty. Poty, poprzedzone gorączką i dreszczem, powtarzały się w dniach następnych. Gośćca stawowego, ani jakichkolwiek innych chorób zakaźnych chora nie przechodziła.

Lekarz domowy, znalazłszy znacznie powiększoną, bolesną śledzionę, przypuszczał, że przyczynę choroby stanowi ropień śledziony i wezwał na wspólną naradę chirurga. Wynikiem narady było przeniesienie chorej do szpitala na oddział chorób wewnętrznych w celu ostatecznego rozjaśnienia sprawy.

Badanie, wykonane w dniu przyjęcia wykazywało: Wzrost mały, budowa ciała mierna, odżywienie średnie. Skóra uderzająco bladosina, z żółtawym odcieniem. Spojówki wyraźnie żółtoburo zabarwione. Wyraz twarzy zmęczony, rysy nieco zaostrzone. Wargi sinawe. Język zupełnie suchy, prawie malinowy. Błona śluzowa gardła miernie przekrwiona. Migdałki cokolwiek powiększone, o powierzchni nierównej, pooranej. Czopów dostrzedz w nich nie można. Obmacywanie migdałków nie sprawia chorej bolu. Stawy zupełnie wolne. Obojczyki, mostek, kręgosłup, kości miednicy, przedramion i goleni przy opukiwaniu młotkiem opukowym bolesne. W płucach zmian niema. Czynność serca podniecona. Uderzenie serca rozlane. Uderzenie końca serca w 5.



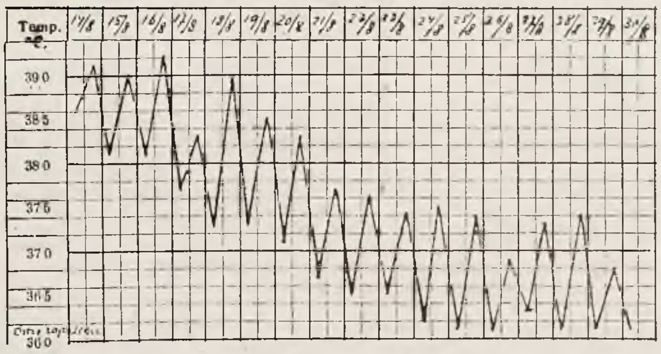
Ryc. 1.

międzyżebrzu, nieco na lewo od linii sutkowej, raczej słabe. W czasie skurczu wyczuć można w tem miejscu słaby koci mruk. Stłumienie serca sięga ku stronie prawej do prawego brzegu mostka, ku górze do 3. żebra, ku stronie lewej przekracza nieco linię sutkową. Na końcu serca słaby skurczowy szmer, przenoszący się w górę i na lewo. Taki sam szmer nad przyczepem 3. lewego żebra do mostka. Nad tętnicą płucną 2. ton z przytaktem. Nieprawidłowego tętnienia tętnic szyjnych niema. Żyły szyjne nierozszerzone. Tętno sprychowe miękie, fale tętna raczej małe. Uderzenia tętna miarowe. Liczba tętna 124. Brzuch nieco wypuklony, niebolesny. W kiszce grubej kruczenie. Śledziona dużych rozmiarów, sięga brzegiem wewnętrznym do linii środkowej ciała, brzegiem dolnym poniżej linii pępkowej. Już mierny ucisk gruczołu sprawia chorej ból. Wątroba, wrażliwa na ucisk, o brzegu obłym, daje się bardzo łatwo obmacać poniżej łuku żebrowego i w linii środkowej ciała. (Rozmiary wątroby, śledziony i stłumienia serca zob. ryc. 1). Mocz wysycony, z obfitym osadem moczanów, zawiera mały ślad białka, nie daje odczynu barwików żółciowych.

Badanie krwi wykazało: Zawartość hemoglobiny 33%. Ilość ciałek czerwonych 1,800.000. Ilość ciałek białych 9.400. Stosunek

c. czerwonych do c. białych 191:1. Wskaźnik hemoglobiny 0·82. Odsetkowy stosunek rozmaitych rodzajów ciałek białych wynosił: ciałek neutrochłonnych 60·1%, limfocytów 28·0%, monocytów 5·2%, ciałek eozynochłonnych 0·5%, myelocytów neutrochłonnych 2·0%, myeloblastów 4·2%. W preparatach mikroskopowych uderzała wybitna nierówność ciałek czerwonych co do wielkości i sposobu barwienia się — anizocytoza, metachromazya — obecność mikrocytów i makrocytów, a co najważniejsza, pojawianie się jądrzastych ciałek czerwonych, tak normoblastów, jak i megaloblastów. Na 1000 ciałek białych znaleziono pierwszych 73, drugich 5. Bakteryologiczne badanie krwi, wykonane w instytucie serologiczno-bakteryologicznym (kierownik Dr Prašek) nie dało dodatnich wyników.

Ciepłota ciała wahała się w pierwszym dniu pobytu chorej w szpitalu między 38·5° C. a 39·1° C. (Dalszy przebieg gorączki zob. krzywą ciepłoty ryc. 2). Leczenie: Dyspargen wstrzykiwany wprost do żył i leki skrzepiające serce, chłodnik Leiterowski na okolicę serca. Płukanie gardła 3% rozczynem H_2O_2.



Ryc. 2.

O dalszym przebiegu zapisano w historyi choroby: 16. VIII. Dreszcze nie ponawiają się. Gorączka mierna o torze przepuszczającym. Język mniej suchy. Lekka sinica utrzymuje się. Serce bardzo pobudliwe. Jednorazowe podniesienie się chorej w łóżku wystarcza do znacznego przyspieszenia ruchów serca. Liczba tętna, wynosząca w spokoju 110—116, podnosi się do 130 i wyżej nawet. Stolec po wlewaniach brunatny, częścią stały, częścią płynny. Ilość moczu w ostatnich 3 dniach 450—600 cm³. Wejrzenie i skład moczu nie uległy zmianie. Chora żali się na bezsenność. — 19. VIII. Od wczoraj silniejsze bole w okolicy śledziony. Wraz z tem większa wrażliwość śledziony przy dotykaniu, względnie obmacywaniu. Na ograniczonej przestrzeni słychać tarcie. 23. VIII. Stan chorej stanowczo lepszy. Ciepłota od 3 dni dochodzi najwyżej do 38° C., spada wśród dnia poniżej 37° C. Tętno 96—108. Pobudliwość serca zawsze jeszcze znaczna. Rozmiary stłumienia mniejsze. Mocz jaśniejszy, nie zawiera białka.

Badanie krwi wykazuje: Zawartość hemoglobiny 44%. Ilość ciałek czerwonych 2,100.000. Ilość ciałek białych 8.800. Stosunek ciałek czerwonych do ciałek białych 222:1. Wskaźnik hemoglobiny 0·93. Anizocytoza i polichromatofilia utrzymuje się w dalszym ciągu. Natomiast zniknęły zupełnie czerwone ciałka jądrzaste wielkie — megaloblasty — zmniejszyła się znacznie ilość normoblastów, mikrocytów i makrocytów oraz białych ciałek szpikowych. — 27. VIII. Bolesność śledziony mniejsza, rozmiary mniejsze. Również zmniejszyło się stłumienie serca. Prawa granica stłumienia dochodzi do linii środkowej ciała, zamiast, jak w początkach, do prawego brzegu mostka. Objawy osłuchowe takie same jak dawniej. Tętno 88—92. Ciepłota przeważnie prawidłowa. Pojawiające się czasem wzniesienia ponad 37° C. nie wynoszą więcej, niż kilka dziesiętnych stopnia. Żółtaczka ustąpiła. Uczucie podmiotowe chorej dobre. 1. IX. Stan poprawia się z dnia na dzień. Zabarwienie skóry lepsze. Sinicy nie ma zupełnie. Chora podnosi się bez wysiłku w łóżku, nie doznając przytem uczucia bicia serca. Tętno w spokoju 80—86, po ruchach około 100.

Ostatnie badanie z 19. IX., wykonane w dniu wypuszczenia chorej ze szpitala, wykazywało: Stan ogólny dobry. Barwa skóry prawidłowa. Uderzenie końca serca w 5. międzyżebrzu, nieco na lewo od linii sutkowej. W temże miejscu lekki koci mruk. Stłumienie serca przekracza nieco linię mostkową lewą, schodzi się z uderzeniem końca serca, ku górze sięga poza górny brzeg 4. żebra. Nad końcem serca skurczowy szmer, rozkurczowy ton. Te same osłuchowe objawy nad zastawką dwudzielną. Drugi ton nad tętnicą płucną o wyraźnie wzmożonem brzmieniu. Tętno dobrze napięte, należycie wypełnione. Liczba tętna 80. Parcie krwi 115/59 mm Hg. Wątroba niebolesna, daje się obmacać dopiero przy głębokim wdechu. Śledziona o połowę mniejsza, aniżeli przy pierwszem badaniu, twarda, niebolesna. Mocz w ilości około 1000 cm³ na dobę, o ciężarze właśc. 1014, okazuje skład prawidłowy. Badanie krwi wykazało: Zawartość hemoglobiny 62%. Ilość ciałek czerwonych 3,500.000. Ilość ciałek białych 5.800. Stosunek c. czerw. do c. białych 603:1. Wskaźnik hemoglobiny 0·78. Wzajemny odsetkowy stosunek ciałek białych: Ciałek. b. neutrochłonnych 66·4%, limfocytów 28·8%, monocytów 2·4%, ciałek b. eozynochłonnych 0·4%, ciałek b. tucznych 2·0%.

Po wypuszczeniu chorej ze szpitala widywałem ją od czasu do czasu w ciągu następnych miesięcy. Stan jej był zupełnie zadowalniający.

A teraz parę epikrytycznych uwag.

W chwili, kiedy chora przeniesiona została do szpitala, przedstawiała się jej choroba, o ile chodziło o określenie siedziby sprawy, zupełnie jasno. Nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że zapalenie toczy się na wsierdziu i że zajmuje żagle zastawki dwudzielnej. Poza tem trzeba jednak jeszcze było rozświetlić przyrodę zapalenia, czyli innemi słowy rozstrzygnąć, czy mamy przed sobą lżejszą jego postać, t. zw. zapalenie brodawkowe, czy też postać o wiele cięższą, wrzodziejącą. Rozstrzygnięcie nie było w tym przypadku rzeczą łatwą.

Zapalenia brodawkowe powstają zazwyczaj w toku zakażenia gośćcowego. U naszej chorej ani wywiady, ani wynik badania nie dawały podstaw do przyjmowania tego rodzaju zakażenia. Z drugiej strony nie można było wykryć żadnej z tych spraw, które dają powód do zakażenia krwi i wiodą do zapalenia wrzodziejącego wsierdzia. Jedyny punkt wyjścia stanowić mogło zapalenie gardła, względnie migdałków, za czem zdawało się przemawiać przekrwienie błony śluzowej i obecność zaułków w migdałkach. Brak ropnych czopów niczego jeszcze nie dowodził. Bardzo żywo przypominam sobie przypadek ropnicy pochodzenia migdałkowego, spostrzegany na oddziale w r. 1918, w którym za życia, mimo szczegółowego badania, nie można było wykryć w migdałkach ognisk ropnych. Dopiero przy sekcyi znaleziono w tkance pozamigdałkowej mały ropień wielkości ziarnka soczewicy, jako źródło zakażenia krwi. Podobnie miała się rzecz w innem spostrzeżeniu z przed 10 lat. Ropnica rozwinęła się na tle małego zropiałego zakrzepu w drobnej gałązce żyły krwawniczej, którego nie powiodło się wykryć, jakkolwiek obecność ropienia przypuszczano i wprost go w kiszce szukano. Wykryła go również dopiero sekcya.

Za ważny szczegół należało poczytywać ujemny wynik badania bakteryologicznego krwi. Ale i tę rzecz tłómaczyć można było, przyjmując, że bakterye, o ile się dostawały do krwi, ulegały w walce z siłami ochronnemi ustroju i traciły zdolność do dalszego rozwoju. Wpływ ich szkodliwy mógł się ograniczać do działania jadów drobnoustrojowych — toksyn i endotoksyn.

Za zapaleniem septycznem zdawały się przemawiać bardzo znaczne zmiany w składzie krwi. Znaną jest wprawdzie rzeczą, że niedokrwistość rozwija się także w przebiegu łagodnego gośćcowego zapalenia wsierdzia, ale stopień jej nie bywa w tych przypadkach zbyt wielki. W naszym przypadku istniały tymczasem znamiona ciężkiej niedokrwistości. Obecność mikrocytów i makrocytów, normoblastów i megaloblastów, oraz ciałek białych szpikowych wskazywała na poważne zaburzenia w zakresie życia i wytwarzania krwi. Tego rodzaju ostra niedokrwistość rozwija się, o ile chodzi o sprawy zakaźne, najrychlej w toku zapaleń ropnych. Nie mniej uderzać musiało niezwykle znaczne powiększenie śledziony i spory obrzęk wątroby oraz żółtaczka, którą w danych warunkach poczytywać można było do pewnego stopnia za t. zw. hemolityczną żółtaczkę, zależną od nadmiernego rozpadu krwinek czerwonych i związanego z tem nadmiaru barwika krwi, a więc gotowego już poniekąd materyału do wytwarzania barwików żółciowych.

Po uwzględnieniu wszystkich tych szczegółów, o których wspomnieliśmy przed chwilą, przypuszczaliśmy w początkach pobytu chorej w szpitalu, że sprawa tocząca się w sercu polega na septycznem, wrzodziejącem zapaleniu. Zapatrywanie to trzeba było już po kilku dniach spostrzegania poddać dokładnej rewizyi. Zwracać musiało uwagę, że stan chorej nietylko nie pogarszał się, ale raczej poprawiał. Nie było dreszczów i potów, o których mówiły wywiady, ciepłota obniżała się, przyjąwszy w 5. dniu pobytu chorej w szpitalu wyraźny typ zwalniający. Wraz z tem zwolniały nieco ruchy serca, tętno poprawiło się co do jakości. Zatory powstałe w śledzionie, których wyrazem była wielka bo-

lesność śledziony i tarcie, dające się słyszeć nad nią, nie sprowadziły dalszych następstw, były widocznie jałowe. W dalszym ciągu zaczęła ustępować żółtaczka, poprawiał się skład krwi, zmniejszyła się bolesność kości przy opukiwaniu. Ten korzystny zwrot w przebiegu choroby przemawiał za łagodniejszą postacią zapalenia wsierdzia, pozwalał stanowczo prawie wykluczyć ropnicę i zapalenie wrzodziejące. Poprawa postępowała dalej, względnie szybkim krokiem naprzód. Zejście choroby było w zasadzie zupełnie pomyślne; chora wyzdrowiała z ostrego zapalenia wsierdzia, wynosząc z całej sprawy tylko niezbyt znaczną wadę zastawkową. Mięsień sercowy nie został zupełnie uszkodzony. Świadczyło o tem zupełnie dobre wyrównanie wady.

Opisane spostrzeżenie uczy, że w ocenianiu niejasnych pod względem pochodzenia zapaleń wsierdzia zachowywać trzeba wielką ostrożność i rokować bardzo oględnie. Nawet tam, gdzie cały szereg objawów zdaje się przemawiać na niekorzyść chorego, nastać może zwrot pomyślny i wyzdrowienie. W szeregu takich niepomyślnych objawów, nie przesądzających jednak bynajmniej przebiegu sprawy zapalnej, stoją również, same przez się bardzo poważne zmiany w składzie krwi. Przekonaliśmy się, że ciężka niedokrwistość rozwinąć się może także w pomyślnie zakończonym przypadku i widzieliśmy, jak bardzo szybko z nastaniem poprawy co do sprawy zasadniczej, wraca do stanu prawidłowego tak dobrze wytwórczość układu, w którym się odbywa budowa krwinek, jak i całe życie ciałek krwi, znajdujących się w naczyniach i przez sieć naczyń włosowatych także i w tkankach.

Oceny i sprawozdania.

Leczenie surowicami i szczepionkami bakteryjnemi.

Sprawozdanie poglądowe.

Podał Prym. **Dr Antoni Krokiewicz**.

(Ciąg dalszy).

Marmorek otrzymuje surowicę z koni, którym wstrzykuje odrębną toksynę gruźliczą. Surowica jego jest wyłącznie antytoksyczną. Według zapatrywania Marmorka, jad gruźliczy, zawarty we wszystkich tuberkulinach, różni się zasadniczo od jadu wytworzonego w ustroju, gdyż pochodzi ze starych hodowli, które prócz tego rozwijają się na pożywkach, różniących się własnościami od prawidłowych cieczy w ustroju. Do wytwarzania toksyny używa Marmorek zupełnie młodych, t. zw. pierwotnych prątków, które następnie przeszczepia i hoduje na szczególniejszem podłożu. Ponieważ prątki w ustroju wytwarzają jad tam, gdzie się znajdują, t. j. wewnątrz ciałek białych lub po ich opuszczeniu w tkankach, przeto Marmorek dodaje do pożywki ciało, powstałe z leukocytów (t. zw. leukocytäres-Serum lub leukotoxisches Serum), t. j. surowicę leukocytową, którą uzyskuje z krwi jagniąt, szczepionych krwinkami białemi świnek morskich. Prócz tego jego pożywka zawiera odwar miazgi wątrobowej (użył jej dlatego, że w wątrobie jego zdaniem rzadko sadowi się gruźlica, a zatem stanowi ona złą glebę dla prątków gruźliczych). Marmorek wychodzi też z założenia, że prątek gruźliczy na gorszem podłożu musi się bronić przeciw działaniu niekorzystnych czynników dla jego rozwoju, a temsamem wytwarzać jad silniejszy. W ten sposób uzyskał on jad, który nie działał silniej na zwierzęta gruźlicze, niż na zdrowe, i który po wstrzyknięciu podskórnem w ilości 8—10 cm sz. zabija zdrowe świnki morskie o wadze 300—400 grm. w ciągu 8—10 dni. Tym jadem uodporniał Marmorek swoje konie.

Wartość surowicy ocenia Marmorek, wstrzykując świnkom morskim do jamy brzusznej żywe prątki i zaraz potem śródżylnie 10 cm sz. swej surowicy. Jeśli świnki morskie po 4 tygodniach zabite nie wykazują zmian gruźliczych, gdy zwierzęta kontrolne wykazują rozległą gruźlicę, to surowica ta ma dostateczną siłę i może być używana do leczenia ludzi.

Marmorek poleca bardzo swoją surowicę we wszystkich sprawach gruźliczych płuc, stawów, kości. Zależnie od nasilenia sprawy chorobowej stosuje Marmorek przez 3 tygodnie codziennie lub co drugi dzień 5—10 cm sz. surowicy prz z odbytnicę — i powtarza to po przerwie 10 dniowej. W ciężkich przypadkach przy ostrych suchotach (phthisis tbc acuta) i w gruźlicy prosówkowej zaleca Marmorek odrazu wstrzykiwanie podskórne surowicy w dawce 5 cm sz. przez tydzień, a przez drugi tydzień przez odbytnicę. Frey zebrał odnośne piśmiennictwo. W ostatnich czasach pojawiły się spostrzeżenia Baera, Biswangera, Schenkera, Wolberga, Hilberta, Glässnera, Köhlera, Weina, Thorspeckena, Engländera i Krokiewicza.

XIII. Surowica przeciwdurowa. Pfeiffer pierwszy zajmował się wytwarzaniem toksyny i antytoksyny durowej. Wykazał on, że jad, uwięziony przez bakterye, może być wydzielony z bakteryi przez ostrożne ich niszczenie i stwierdził niweczniki we krwi królików po zaszczepieniu tego jadu. Na mocy swych doświadczeń doszedł też Pfeiffer (1894) do przekonania, że przez wysokie uodpornianie zwierząt można otrzymać surowicę leczniczą. Zdania co do działania leczniczego surowicy są podzielone. Gdy jedni wartość surowicy upatrują w jej sile antytoksycznej, inni odnoszą ją do własności bakteryobójczych. Również różnie tłumaczą pomyślne i niepomyślne wyniki leczenia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Prof. Dr Alfred Sokołowski: **Choroby proletaryatu.** Wykłady z dziedziny medycyny społecznej, wypowiedziane na Wolnej Wszechnicy polskiej w r. 1917/18. Warszawa (Gebethner i Wolff), str. 143.

W całej przeszłości pisarskiej Alfreda Sokołowskiego zaznaczał się często rys społeczny. Był on wyraźny nawet w takich nieraz pracach, których temat napozór zdawałby się dość odległy od zagadnień społecznych. Rys ten był poniekąd charakterystyczną właściwością tego autora. Toteż coraz silniejszy w ostatnich latach zwrot znakomitego klinicysty ku medycynie i higienie społecznej nie przychodzi niespodziewanie, lecz jest tylko rozwinięciem kierunku, który mu nigdy nie był obcy. Jest zaś zarazem zajęciem posterunku, dotąd u nas bardzo słabo obsadzonego, a w dzisiejszych czasach szczególnie ważnego.

Książka »Choroby proletaryatu« jest drugiem już dziełem A. Sokołowskiego z tego zakresu, ogłoszonem w czasie wojny; poprzedziło ją dzieło p. t. »Wielkie klęski społeczne«, wydane w r. 1917. Obie te książki powstały z wykładów, wygłaszanych w »Wolnej Wszechnicy polskiej« w Warszawie. Zachowanie formy wykładu jest w »Chorobach proletaryatu« zarazem wadą i zaletą. Wadą przedewszystkiem z tego powodu, że przez podzielenie treści na rozdziały, utworzone z poszczególnych wykładów, tok jest gdzieniegdzie porozrywany; zaletą przez to, że forma wykładu działa na czytelnika bardziej bezpośrednio, żywiej przywiązuje jego uwagę i bardzo ułatwia lekturę.

W dziesięciu wykładach rozpatruje autor kolejno: wysoką śmiertelność proletaryatu, szkodliwy wpływ pracy zbyt ciężkiej, zwłaszcza na kobiety i dzieci, szkodliwość niektórych zawodów, wpływ złego mieszkania, zarówno w miastach i miasteczkach, jak i po wsiach, wpływ niedostatecznego i wadliwego odżywiania, wpływ niewłaściwej i niedostatecznej odzieży. Dalej roztrząsa autor pytanie, czy ludność nasza ulega zwyrodnieniu fizycznemu, dochodząc do wniosku, że dotychczas nie można stwierdzić znamion groźnego tego objawu; wreszcie rozpatruje autor środki walki z wysoką śmiertelnością i chorobowością polskiego proletaryatu i podkreśla doniosłość walki ze śmiertelnością niemowląt i z gruźlicą, jako najważniejszemi klęskami społeczno-higienicznemi. Popierając wykład obficie zestawieniami statystycznemi, stara się autor usilnie w każdym punkcie o porównanie stosunków zagranicznych ze stosunkami naszymi; niestety w wielu punktach brak dotąd statystyki, dotyczącej naszych stosunków.

Obie ostatnie książki prof. Sokołowskiego są jakby zadatkiem na podręcznik medycyny i higieny społecznej, którego dotąd nie posiadamy. Podręcznik taki zaś jest bardzo potrzebny, szczególnie dziś, w okresie organizowania się państwa polskiego na nowożytnych zasadach. Znajomość higieny społecznej jest w tych warunkach niezbędną zarówno dla przyszłych lekarzy, jak i dla przyszłych urzędników i nauczycieli, a przedmiot ten powinien być wykładany na wszystkich wydziałach uniwersytetu. Toteż, witając ogłoszenie obu książek prof. Sokołowskiego, jako bardzo na czasie będących, pozwalamy sobie skierować do Czcigodnego Autora prośbę, aby dodając do obu tych dzieł swoich dalsze rozprawy z tego zakresu, obdarzył nasze piśmiennictwo z czasem całkowitym podręcznikiem. Ciechanowski.

Wiadomości zawodowe.

Uchwały Zjazdu delegatów zrzeszeń lekarskich, odbytego w Warszawie 27. i 28. IV. 1919. 1. W sprawie organizacyi stanu lekarskiego w Polsce Zjazd przedstawicieli zrzeszeń lekarskich uznaje: a) konieczność utrzymania i dalszego rozwoju towarzystw lekarskich polskich naukowych, b) stowarzyszeń lekarskich o zadaniach społeczno-lekarskich, narodowych i towarzyskich, c) organizacyi ogólnej (Związku) lekarzy całego Państwa polskiego o celach czysto ekonomicznych, d) wreszcie Izb lekarskich, jako reprezentacyi urzędowej autonomicznej stanu lekarskiego w Polsce.

2. Zjazd domaga się bezzwłocznego wprowadzenia ustawy o lekarzach (czyli tak zw. ordynacyi lekarskiej), obejmującej między innemi postanowienia o Izbach lekarskich i Radach honorowych. Jako podstawę do ustawy o lekarzach przyjmuje Zjazd projekt, przedłożony przez Izbę lekarską lwowską.

Gdyby jednak bezzwłoczne wprowadzenie ustawy o lekarzach było niemożebne, to Zjazd domaga się na razie ustawy o Izbach lekarskich i Radach honorowych lekarskich na zasadzie projektu, opracowanego przez Ministerstwo zdrowia.

Zjazd przyjmuje poprawki w tych projektach ustaw na zasadzie wniosków specyalnie wybranej do tego komisyi Zjazdu.

Ustawa o lekarzach (ordynacya lekarska) względnie ustawa o Izbach lekarskich powinna być wprowadzona bezwzględnie przed zatwierdzeniem dekretu o kasach chorych.

3. Zjazd, witając gorąco rozszerzenie ubezpieczenia społecznego na szerokie koła ludności pracującej, stwierdza, że ogłoszony dekret o ubezpieczeniu społecznem wymaga jednakże zmian.

a) Idealnem rozwiązaniem sprawy pomocy lekarskiej w kasach chorych ze względu na dobro ubezpieczonych byłoby udzielanie chorym takich zasiłków pieniężnych, iżby mogli leczyć się u dowolnie wybranego lekarza, do którego mają zaufanie.

b) Jeżeliby taki bezwzględnie wolny wybór lekarza okazał się niemożliwym, to ubezpieczeni powinni otrzymywać zasiłki pieniężne na leczenie się i mieć prawo leczenia się u tych lekarzy, którzy na warunkach ulgowych, umówionych z kasą chorych i zatwierdzonych przez Izbę lekarską, zgodzili się udzielać pomocy.

c) W każdym razie domagają się lekarze rewizyi dekretu o ubezpieczeniu na wypadek choroby, a przedewszystkiem domagają się stanowczo ustanowienia górnej granicy dochodu, uprawniającej do ubezpieczenia ulgowego, ustalonej w porozumieniu z Izbami lekarskiemi, względnie Delegacyą Zjazdu, a zrewidowanej za rok. Osoby, posiadające dochód ponad tę granicę, nie mogą korzystać z pomocy lekarskiej na zasadzie warunków kasowych. Umowy lekarzy z kasami chorych muszą być zatwierdzane przez Izby lekarskie. W komisyach pojednawczych powinni zasiadać także przedstawiciele Izb lekarskich. W zarządzie kasy chorych powinien zasiadać z głosem stanowczym lekarz delegat, wybrany przez lekarzy kasy. Pomoc lekarska powinna być wynagradzana od każdego zabiegu według taryfy, przyjętej przez Izbę lekarską. Sprawy kas chorych, jako obejmujące wielki dział lecznictwa krajowego, powinny być przekazane Ministerstwu zdrowia, do którego powinny należeć wogóle sprawy opieki społecznej. Gdyby te minimalne żądania nie zostały uwzględnione, lekarze nie mogliby współdziałać we wprowadzeniu tej reformy społecznej.

4. Zważywszy, że wobec nadzwyczajnego upośledzenia kraju pod względem sanitarnym, zadania społeczne w tej dziedzinie są szczególnie pilne i ważne; że kierunek ogólnego rozwoju życia społeczeństw kulturalnych wysuwa potrzeby w zakresie zdrowia publiczego na plan pierwszy; że sprawy zdrowia publicznego powinny być reprezentowane w rządzie równorzędnie z innemi dziedzinami życia publicznego: — Zjazd przedstawicieli zrzeszeń lekarskich z całej Polski wypowiada się za koniecznością utrzymania oddzielnego ministeryum zdrowia publicznego, obejmującego także sprawy opieki społecznej, z kierownikiem lekarzem na czele.

(Oprócz tego powziął Zjazd uchwałę, wyrażającą hołd Sejmowi i uchwałę w sprawie Śląska, Spiszu i Orawy, Śląska górnego, Gdańska z Pomorzem gdańskiem i Mazurów pruskich. Wyrazy czci postanowił Zjazd przesłać żyjącym lekarzom-weteranom z walk o wolność w r. 1863: Dr Augustowi Kwaśnickiemu w Krakowie, Dr Lasockiemu w Nałęczowie, Dr Cz. Stankiewiczowi w Warszawie, a Wszechnicy Jagiellońskiej kondolencyę z powodu śmierci ś. p. prof. Dr Napoleona Cybulskiego).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 21. Kraków, 24. maja 1919. Rok LVIII.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S.-A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Rok LVIII Kraków, 24 maja 1919 Nr. 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiell. Dyrektor Prof. Dr Aleksander Rosner.

O diastazie w moczu.

Podał

Dr Kazimierz Piotrowski.

Od czasu odkrycia zaczynu amylolitycznego we krwi przez Magendiego (1846), zaś w moczu przez Cohnheima (1863), wielu badaczów usiłowało określić rolę tego zaczynu w ustroju zwierzęcym. Mało udoskonalone, a przytem skomplikowane metody badania stały jednak tym dążeniom na zawadzie i były zarazem przyczyną rozbieżności wyników. Dopiero dzięki podanej w r. 1907 metodzie Wohlgemutha oraz pracom tegoż autora posunęły się nasze wiadomości w tym przedmiocie szybko naprzód; w sprawie zachowania się jednak diastazy w moczu niema dotychczas wyników zgodnych. Według Wohlgemutha ilość diastazy w moczu ludzkim waha się w znacznych granicach, jest na czczo najwyższa, zmniejsza się zaś szybko po jedzeniu; mężczyźni wydzielają jej w moczu więcej, niż kobiety. W przypadkach chorobowych spotykali Wohlgemuth, Wynhausen i Neumann w moczu chorych na cukrzycę i zapalenie nerek ilości zmniejszone, co Wohlgemuth starał się zużytkować do badania sprawności nerki, Benczur przy zapaleniu nerek ilości zwiększone, Rosenthal nie stwierdził wyraźnego wpływu tych chorób na ilość diastazy w moczu i sądził, że jest ona zależna od stopnia przepuszczalności nerek. W przebiegu chorób gorączkowych spostrzegali Loeper i Ficay oraz Neumann ilości zwiększone. Doświadczalnie stwierdził Wohlgemuth, że podwiązanie przewodu trzustkowego lub nawet kawałka trzustki u psa wywołuje nagłe, choć krótko trwające zwiększenie się ilości diastazy w moczu badanego zwierzęcia; podobne, choć nie tak szybko występujące objawy spostrzegał także przy podwiązaniu wspólnego przewodu żółciowego. W przebiegu chorób trzustki u człowieka spotykali Benczur, Neumann i Hirschberg w moczu więcej diastazy, niż prawidłowo, przyczem Hirschberg starał się zużytkować ten objaw dla rozpoznania. Loeper i Ficay spotykali przeciwnie zmniejszone ilości tego zaczynu.

Według metody Wohlgemutha w późniejszej modyfikacyi tegoż autora postępujemy w ten sposób: Szereg probówek szklannych napełniamy oznaczonemi ilościami moczu (najlepiej 0·6, 0·5, 0·4, 0·3, 0·2. 0·1, 0·08, 0·06, 0·04, 0·02, 0·01 cm³), przyczem przy użyciu ilości, mniejszej niż 0·1, posługujemy się rozcieńczeniem zapomocą fizyologicznego rozczynu soli. Następnie dodajemy do każdej probówki po 2 cm³ 1‰ rozczynu rozpuszczalnej skrobi Kahlbauma i wstawiamy wszystko do cieplarki przy 37—38° C. na przeciąg 30 minut. Po wyjęciu z cieplarki dopełniamy każdą probówkę do połowy wysokości rozczynem fizyologicznym soli i dodajemy po 1—2 kropli $n/_{50}$ jodu, przyczem w poszczególnych probówkach występują rozmaite zabarwienia, począwszy od ciemnoniebieskiego poprzez niebieskofioletowe do czerwonożółtego i żółtego. Probówki z zabarwieniem żółtem i czerwonożółtem zawierają achrodekstrynę i erytrodekstrynę, z zabarwieniem fioletowoniebieskiem mieszaninę skrobi i erytrodekstryny, wreszcie całkiem niebieskie niezmienioną skrobię. Jako najniższą granicę działalności zaczynu oznaczamy tę probówkę, w której po raz pierwszy występuje wyraźnie zabarwienie niebieskofioletowe (próg, »limes«). Z niej obliczamy ilość diastazy w ten sposób, że oznaczamy ilość cm³ rozczynu 1‰ skrobi, która przez 1 cm³ badanego moczu została rozłożona. Jeśli więc 0·2 cm³ moczu rozłożyło 2 cm³ 1‰ skrobi, to 1 cm³ moczu rozłoży 10 cm³ 1‰ skrobi, przyczem, uwzględniając długość czasu działania diastazy na skrobię i użytą ciepłotę, piszemy $D\ 37^0/30' = 10$. Możemy także, o ile używamy próbki, wziętej z dobowej ilości moczu, obliczać za Neumannem t. z. procentowe zgęszczenie diastazy (d%), mnożąc otrzymaną poprzednio ilość diastazy (D) przez 100, oraz ilość diastazy, wydzieloną przez mocz w 24 godzinach (M); n. p. przy 1500 cm³ dziennej ilości moczu, a przy $D\ 37^0/30' = 10$, $d\% = 1000$, $M = 15.000$.

Celem doświadczeń moich, przeprowadzonych przeważnie na materyale kliniki położniczo-ginekologicznej, było zbadanie stosunków ilościowych diastazy w moczu w warunkach prawidłowych i patologicznych. Jak z rodzaju tego materyału wynika, były to w znacznej części kobiety ciężarne w ostatnich tygodniach przed porodem, znajdujące się stale w klinice; z pomiędzy nich badałem mocze prawidłowych i chorych ciężarnych, a z pośród chorych szczególniej tych, które cierpiały na choroby nerkowe w ciąży, powstałe albo jeszcze przed (nephritis chronica), albo podczas ciąży (ren gravidarum, eclampsia). Doświadczenia te objęły 56 przypadków, badanych w znacznej większości przez długi okres czasu (średnio 10—20 dni). Z poza kliniki badałem przeważnie mocze chorych na cukrzycę i zapalenie nerek, oraz osób zdrowych, tak mężczyzn, jak i kobiet. Ponieważ badanie moczu z całej doby pozwala na znacznie dokładniejsze określenie ilości diastazy, niż jednorazowa próbka, na co zwłaszcza Rosenthal i Neumann kładli nacisk, zbierałem stale mocz dobowy, oznaczałem przytem zawsze jego ilość oraz ciężar właściwy, jak również ciśnienie krwi; przeprowadzając te doświadczenia systematycznie przez szereg dni i zestawiając otrzymane wyniki (obacz tablice), starałem się stwierdzić, czy i jaki związek da się wykazać między ilością diastazy, a wyżej wymienionemi danemi.

Pierwszem z nasuwających się tutaj pytań był stosunek koncentracyi diastazy w 1 cm³ do ilości dobowej moczu. Benczur i Wynhausen związku między wydzielaniem moczu, a jego siłą diastatyczną nie znajdowali. Wynhausen podaje, że u jednego chorego, u którego przy pierwszem badaniu stwierdził 50 jednostek diastatycznych przy 2500 cm³ dobowego moczu, przy powtórnem badaniu w parę miesięcy później była ta sama (D = 50) ilość diastazy, ilość zaś moczu tylko 700. Zaznaczyć należy, że to drugie badanie, przeprowadzone po dłuższym przeciągu czasu, nie mogło w żadnym razie udowodnić niezależności koncentracyi diastazy od ilości dziennej moczu; dowód taki dałoby się tylko przeprowadzić, kontrolując stale codziennie wzajemny stosunek tych dwu danych. Tą zasadą kierował się Neumann w swoich doświadczeniach. Doszedł on do przekonania, że ilość diastazy w 1 cm³ stoi w stosunku odwrotnym do ilości dobowej moczu, przyczem ilość bezwzględna diastazy wydzielonej przez 24 godzin waha się tylko w nieznacznych granicach. We wszystkich bez wyjątku badanych przypadkach mogłem tę zależność do pewnego stopnia zauważyć. Często jednak znacznemu spadkowi ilości moczu odpowiadało nieznaczne tylko podwyższenie koncentracyi diastazy i odwrotnie. Ilość dzienna wydzielonego fermentu wahała się przytem nieraz w dość dużych granicach. O wydzielaniu więc przez ustrój jakiejś stałej ilości omawianego zaczynu nie można mówić.

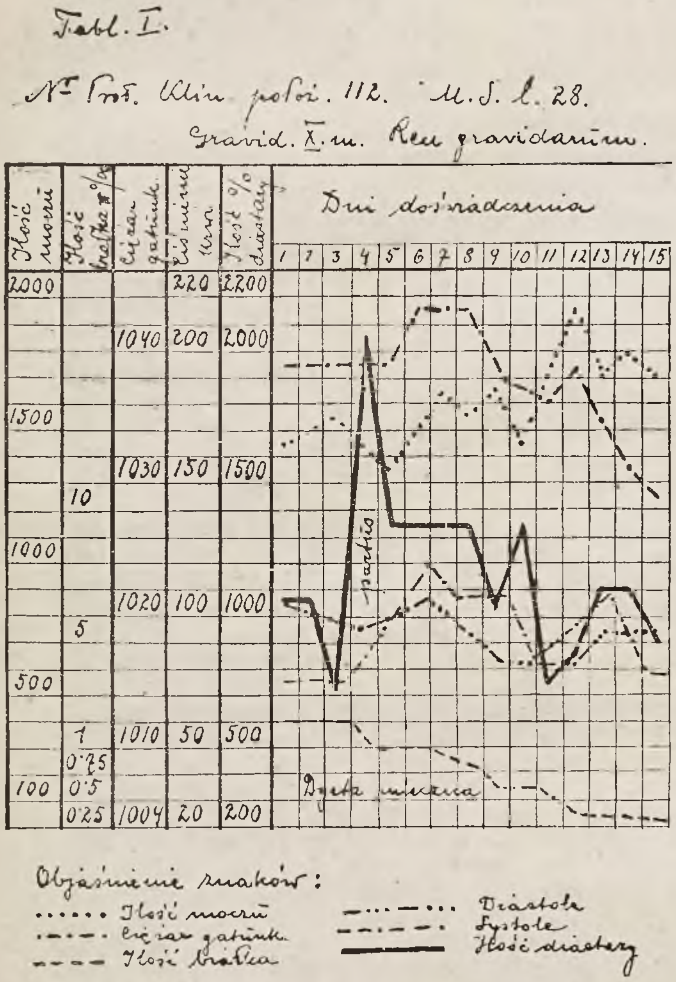
Związek między ciężarem właściwym moczu a koncentracyą diastazy był jeszcze luźniejszy; niekiedy podnosił się wpraw-

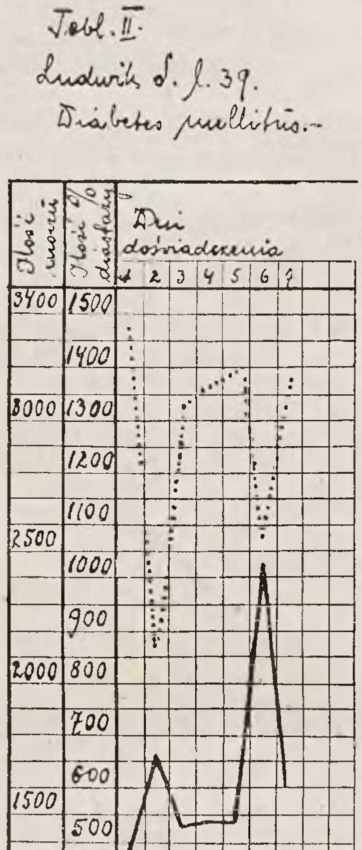
dzie ciężar właściwy równolegle z ilością diastazy, wydarzało się to jednak tylko sporadycznie i nie stanowiło nieodmiennej reguły. Często ciężar właściwy utrzymywał się przez czas dłuższy na tejsamej wysokości, a ilość zaczynu ulegała w tym czasie bardzo znacznym wahaniom (obacz tabl. III). Również nie da się ustalić żadnego stosunku między ilością wydzielanej diastazy a ciśnieniem krwi; przy hypertensyi w przebiegu ciąży ilość diastazy była w szeregu badanych przypadków prawidłowa, po spadku ciśnienia po porodzie utrzymywała się nadal w dawnych granicach.

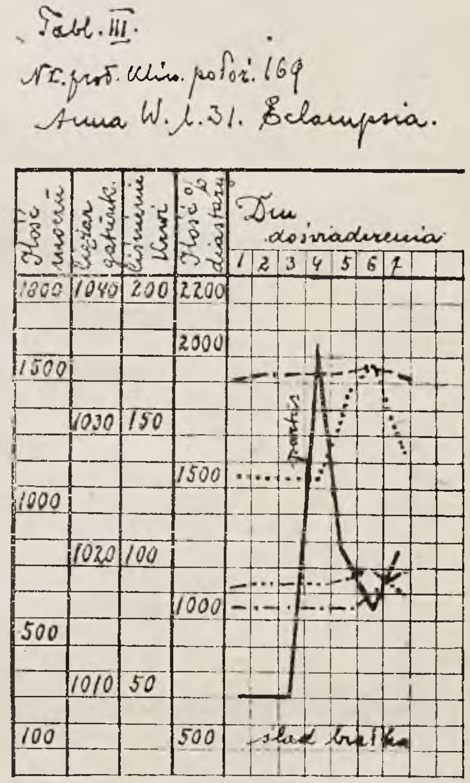
ciężar właściwy pozostawały te same. Zauważyłem również, że u osób leżących w łóżku bardziej utrzymuje się stałość koncentracyi diastazy, niż u dochodzących, a zwłaszcza używających wiele ruchu.

Porównując ilości diastazy u kobiet ciężarnych i nie ciężarnych, nie widziałem żadnych różnic; również nie mogłem stwierdzić wpływu laktacyi.

Koncentracyę diastazy w 1 cm³ surowicy krwi znalazłem stale niższą, niż w takiejże ilości moczu; jak z moich doświadczeń wynika, stosunek ten był nieco mniejszy niż 1:2, i tak,







Ilości diastazy u osób zdrowych tak w 100 cm³ (d), jak i w dobowej ilości moczu (M), spotykałem najrozmaitsze. Najwyższą wartością, jaką w warunkach fizyologicznych spostrzegałem, była D 37°/30′ = 70, M = 84.000 u kobiety ciężarnej, której mocz miałem tylko raz sposobność badać. Wielokrotnie stwierdzałem u osób zdrowych ilości zbliżające się do D 37°/30′ = 40, d°/₀ = 4000; najniższa ilość, jaką spotkałem u osób zdrowych, wynosiła D 37°/30′ = 5, d°/₀ = 500. Średnio wynosiła wartość dla d°/₀ od 800—1300, a więc około 1000, co zgadza się z doświadczeniami Neumanna; często jednak po dłuższem utrzymywaniu się na tejsamej wysokości podskakiwała znacznie lub opadała; czterokrotne lub pięciokrotne zwiększenie się w przeciągu paru godzin nie należało bynajmniej do rzadkości.

Niezależności od rodzaju pożywienia dowiódł dostatecznie w swojej pracy Neumann; czy wpływy psychiczne, podawane przez tego autora za przyczynę nagłych zmian w wydzielaniu diastazy, grają jaką rolę, musi pozostać niewyjaśnionem. Podniosę tu tylko, że często spotykałem u kobiet podczas porodu i po porodzie znaczne zaburzenia w ilości diastazy, która przedtem przez dłuższy czas wahała się całkiem nieznacznie. Zaburzenia te występowały, mimo, że tak ilość moczu, jak i jego

w przypadku Nr 23 ilość diastazy w surowicy krwi była D 37°/30′ = 10, w moczu 20, w przypadku Nr 46 w surowicy D 37°/30′ = 13, w moczu 23 i t. d. We krwi z pępowiny spotykałem stale tesame ilości, co w żyłach podskórnych przegubu łokciowego matki, do której to sprawy jeszcze powrócę.

Nawiasem tylko wspomnę, że parokrotne badanie moczu świnek morskich wykazało ilości, zbliżone do ilości znajdujących się w moczu ludzkim. Ilości w moczu świnek wahały się w granicach D 37°/30′ = 10—40.

W przypadkach chorobowych najwyższą koncentracyę diastazy widziałem u chorej na torbiel trzustkową (d°/₀ = 10.000, M = 140.000), następnie w przypadku zaśniadu groniastego (d°/₀ = 7000), w przebiegu duru brzusznego u ciężarnej (d°/₀ = 6000, M = 64.000), w ostrem miąższowem zapaleniu nerek (d°/₀ = 5000, M = 20.000), najniższą zaś w przypadku cukrzycy (d°/₀ = 450), gdzie przy ilości dziennej moczu 3000—4000 cm³ M wynosiło 13.000—18000. W cukrzycy znajdowali prawie wszyscy autorzy zmniejszone ilości diastazy, jedynie Benczur prawidłowe, zaś Nigay nawet nieco zwiększone. Na podstawie szczupłego materyału nie mogę w tej sprawie zabierać głosu, zaznaczę tylko, że w badanych przezemnie przypadkach koncentracya diastazy

w 1 cm^3 moczu była tak niewielka, że przy wahającej się około 4 litrów dobowej ilości moczu dzienna ilość wydzielonej diastazy wynosiła zaledwie około 15.000 jednostek, czyli mniej niż przy dziesięciokrotnie mniejszej ilości dobowego moczu w przebiegu zapalenia nerek.

W chorobach gorączkowych stwierdzałem stale zwiększenie się ilości diastazy (d%): i tak w przypadku Nr 3 u położnicy przez czas przebiegu mieszkowego zapalenia migdałków podskoczyła z 1000 w okresie przed gorączką do 4000 i na tej wysokości utrzymywała się przez cały czas trwania gorączki, w przypadku Nr 41 (dur brzuszny u ciężarnej), którego niestety nie miałem sposobności przez czas dłuższy śledzić, podniosła się z 1300 w czasie podgorączkowym do 6000 przy wystąpieniu ciepłoty 39—40° C., w 2 wreszcie przypadkach zakażenia połogowego podnosiła się w dwójnasób w porównaniu ze stanem przed gorączką.

W sprawie wydzielania się diastazy w zapaleniu nerek, a zwłaszcza w rozmaitych jego postaciach, są zdania autorów, jak już na wstępie zaznaczyłem, niezgodne. W przeciwieństwie do większości badaczy znajdował Benczur przy tem cierpieniu zwiększoną koncentracyę diastazy, zwłaszcza w przypadkach obfitego białkomoczu. Benczur przypuszczał, że przyczyną większej lub mniejszej koncentracyi diastazy w moczu nie jest ani zatrzymywanie jej we krwi, ani zwiększone wydzielanie przez mocz, tylko fakt, że nerka sama bierze udział w wytwarzaniu diastazy i że właśnie ta produkcya przy zapaleniu nerek jest wzmożona, lub że w surowicy krwi i moczu osób cierpiących na nerki znajduje się jakieś ciało, które diastazę w zwiększonym stopniu aktywuje. Rosenthal jest zdania, że ilość diastazy w moczu jest zależna od przepuszczalności nerki; w przypadku marskości nerek otrzymywał ilości małe, dopóki wskutek powikłania przez zapalenie płuc nie zaszły zmiany w przepuszczalności nerki, wywołujące zwiększenie się ilości zaczynu.

W badanych przezemnie 12 przypadkach białkomoczu nie spotkałem ani razu ilości małych, przeciwnie, przeważnie ilości mniej lub więcej zwiększone. Przy dużem wydzielaniu moczu i małej ilości białka spostrzegałem najczęściej ilości nieco wyższe od prawidłowych, przy małem wydzielaniu moczu a wielkiej ilości białka — znacznie zwiększone. Związku między ciśnieniem krwi a diastazą i tu nie mogłem znaleźć. N. p. w przypadku typowego ostrego miąższowego zapalenia nerek ilości zaczynu w 1 cm^3 były bardzo znaczne ($D\,37^\circ/30' = 50$, d% = 5000), przy niezbyt wysokiem ciśnieniu i małem wydzielaniu moczu (400 cm^3 dziennie); w 4 przypadkach przewlekłego zapalenia nerek przy wysokiem ciśnieniu krwi ilości diastazy w 1 cm^3 były prawidłowe z wyjątkiem jednego, w którym przy 2050 dobowego moczu d% = 4000, a więc M = 82.000! (białko 0·5‰). W przypadkach t. z. ciążowych zwyrodnień nerki (ren gravidarum) d% i M bywały prawidłowe, w jednym przypadku rzucawki d% = 2000, w drugim przy 12‰ białka d% = 4000. Na podstawie moich doświadczeń sądzę więc zgodnie z Benczurem, że w zapaleniu nerek i przy białkomoczu znajduje się raczej zwiększone, niż zmniejszone ilości zaczynu amylolitycznego. Dokładne rozstrzygnięcie tej sprawy mogłoby jednak przynieść dopiero systematyczne, na większym materyale przeprowadzone badanie moczu z każdego moczowodu osobno tak u osób zdrowych, jak i chorych na nerki. Wtedy wyjaśniłoby się, o ile słuszne są nadzieje Wohlgemutha, przywiązane do jego nowej metody badania sprawności czynnościowej nerek.

Z chorób trzustki badałem tylko jeden przypadek, który ze względu na pewne właściwości zasługuje na krótki opis: Nr prot. klin. 445. Józefa N., l. 16, przysłana została do naszej kliniki celem zbadania ginekologicznego. Chora podaje, że przed 4 laty zauważyła powiększenie się brzucha, które do obecnej chwili bez zmiany się utrzymuje. Stan obecny: Osoba dobrze zbudowana i odżywiona, brzuch silnie wysklepiony, niebolesny; wymacać się daje guz wielkości głowy, nieruchomy, miękki, z narządami płciowymi nie pozostający w związku. Po otwarciu brzucha (oper. Dr Hładij) okazało się, że guz wielkości głowy, wypełniony płynem, znajduje się w związku z trzustką. Wobec tego przyszyto według metody Gussenbauera ścianę torbieli do powłok brzusznych; na szósty dzień otwarto torbiel między dwoma szwami i założono dren, celem zebrania treści; w ciągu paru dni uzyskano około 2 litrów płynu bardzo gęstego, ciemno zabarwionego. Przebieg pooperacyjny zrazu prawidłowy, jednakowoż w 3 tygodnie po zabiegu operacyjnym nagłe zejście śmiertelne wśród objawów krwotoku wewnętrznego. Przy sekcyi (prof. Dr Ciechanowski) znaleziono w żołądku wrzód okrągły, który był przyczyną śmiertelnego krwotoku do przewodu pokarmowego. Obok tego stwierdzono torbiel trzustki wielkości głowy dorosłego człowieka, w ścianach torbieli liczne uchyłki, powstałe z porozszerzanych przewodów. Zdrowej tkanki trzustkowej pozostał zaledwie kawałek wielkości orzecha włoskiego. W płynie wypuszczonym z torbieli znaleziono zaledwie ślady trypsyny, lipazy i diastazy, oraz dużo strawionej krwi. Mocz bardzo mętny, barwy jasnożółtej, o znacznym ciężarze właściwym. Ilość diastazy w moczu w dniu operacyi d% = 10.000, M = 120.000 spada w przeciągu dwu pierwszych dni do d% = 2200, poczem nieco się podnosi. Koncentracya diastazy, jaką w tym przypadku spotkałem, była więc bardzo znaczna; ilości zbliżone widziałem jednak w 2 przypadkach (ciąża prawidłowa i zaśniad groniasty). Nie ulega jednak wątpliwości, że zwiększenie się znaczne ilości zaczynu amylolitycznego w moczu może być ważnym wskaźnikiem w rozpoznawaniu chorób trzustki. W przypadkach przytoczonych przez Wynhausena i Hirschberga niezawsze spostrzegano przy zamknięciu przewodów trzustkowych wybitne wzmożenie się ilości diastazy, w dwu przypadkach Hirschberga spadła ilość diastazy bardzo znacznie po zabiegu operacyjnym. Toż samo zjawisko spostrzegałem u wspomnianej wyżej chorej. Przemawia to za słusznością uwagi Wynhausena, że wzmożona koncentracya diastazy w moczu występuje po zamknięciu się przewodów trzustkowych; po pewnym czasie koncentracya wraca do stanu prawidłowego, a przy zaostrzeniu się cierpienia znów wyraźniej występuje. Odpowiada to także doświadczeniom Wohlgemutha; po podwiązaniu przewodu trzustkowego u zwierząt spostrzegał on natychmiastowe zwiększenie się ilości diastazy w moczu, które się jednak po pewnym przeciągu czasu wyrównywało. Należy więc być ostrożnym przy rozpoznawczem zużytkowywaniu omawianego objawu, ponieważ doświadczenie nasze może się zejść właśnie z owym okresem wyrównania. Obok badania moczu przez dłuższy przeciąg czasu należałoby także badać kał co do diastazy; ilość jej w kale ma przy zamknięciu przewodów trzustkowych spadać bardzo znacznie poniżej fizyologicznych D 37/24 h = 500 cm^3 1% rozczynu skrobi. Ciekawy w naszym przypadku brak trypsyny i diastazy w płynie torbieli schodzi się z podobnem spostrzeżeniem Albu, który mimo zupełnego braku diastazy w kale nie znalazł odpowiednio zwiększonej ilości tego zaczynu w płynie torbieli trzustkowej (były

tylko ślady), co tłumaczyć można albo rozłożeniem się zaczynu w płynie torbieli, albo przejściem jego wtórnem do krwi.

Co do przechodzenia diastazy przez krążenie krwi łożyskowe, to Cavazzani nie znajdował diastazy we krwi pępowinowej, twierdził też, że łożysko nie przepuszcza tego fermentu. Wohlgemuth stwierdził, że to przypuszczenie jest mylne; badania swoje nad diastazą we krwi przeprowadzał w znacznej części na krwi pępowinowej. W szeregu doświadczeń przekonałem się, że ilość diastazy jest istotnie tasama we krwi pępowinowej, co we krwi z żyły łokciowej matki, że łożysko jest więc zupełnie dla diastazy przepuszczalne, lub że ustrój płodu wytwarza tyleż samo diastazy, co ustrój matki.

Diastazy w moczu oseskόw nie znajdowano dawniej zupełnie. Mayer, badając mocze parodniowych i parotygodniowych oseskόw, znalazł bardzo małe ilości diastazy, w paru przypadkach tylko wypadały doświadczenia jego całkiem ujemnie. Sam badałem mocze 6 noworodków, przyczem oznaczałem ilości diastazy we krwi pępowinowej i w moczu dziecka bezpośrednio i przez parę pierwszych dni po porodzie, zbierając mocz (wyłącznie u chłopców) przez przymocowanie probówki do prącia za pomocą plastra. Dłuższej kontroli przeprowadzać nie mogłem ze względu na to, że matki wraz z dziećmi opuszczały naszą klinikę przeważnie między 9. a 14. dniem po porodzie. Z tych 6 badanych moczów w 5 nie znalazłem zupełnie diastazy aż do użytej ilości moczu 4 cm³, w jednym D 37°/30′ wynosiło 1, tak bezpośrednio po porodzie, jak i przez pierwszych parę dni życia pozamacicznego. Ilość diastazy we krwi pępowinowej nie była przytem większa, niż prawidłowo (D 37°/30′ = 10). Widocznie więc zostaje diastaza w przeważnej liczbie przypadków zupełnie lub częściowo przez ustrój dziecka zatrzymana; byłoby ciekawą rzeczą wyjaśnić, w jaki to dzieje się sposób i czy nie odgrywa tu roli zmniejszona przepuszczalność nerki dla tego zaczynu.

Obok moczu noworodków badałem w 5 przypadkach smółkę. Smółkę rozcieńczałem wodą w stosunku 1 : 100, tworząc z niej zawiesinę przez parogodzinne wstrząsanie. W rozcieńczeniu 1 : 100 otrzymujemy płyn lekko zielonawo-żółty, z którym wykonać już można odczyn barwny. Średnia wartość dla 1% zawiesiny smółki wynosiła D 37°/30′ = 0·50.

Parokrotnie badałem wreszcie wody płodowe, znajdując w nich ilości prawie tesame lub nieco mniejsze, niż we krwi pępowinowej. I tak w jednym przypadku krew pępowinowa D 37°/30′ = 10, a wody płodowe D 37°/30′ = 10, w drugim przypadku 13 i 10, w trzecim 8 i 8, w czwartym 15 i 13. Z tych badań nie wysnuwam żadnych wniosków ze względu na zbyt małą liczbę doświadczeń.

Wnioski. W każdym moczu ludzkim znajduje się pewna ilość diastazy; ilość ta tak u zdrowych, jak i u chorych ulega znacznym wahaniom, przyczem przeważnie wykazać można zależność (stosunek odwrotnie proporcyonalny) koncentracyi diastazy w 1 cm³ od dobowej ilości moczu. W chorobach gorączkowych, w zapaleniu nerek, zwłaszcza ostrem, wreszcie w chorobach trzustki wykazać można zwiększone ilości diastazy w moczu.

W chorobach trzustki można ten objaw przy uwzględnieniu całości obrazu chorobowego zużytkować dla rozpoznania. Fakt, że w ostrych zapaleniach nerki ilość tego zaczynu zwiększa się, przemawia za tem, że nerka przepuszcza ten zaczyn ze krwi, a nie wytwarza go na miejscu. We krwi płodu bezpośrednio po porodzie krąży diastaza w ilości mniej więcej takiej, jak we krwi matki, w moczu zaś płodowym diastazy albo niema wcale, albo też ilości jej są bardzo małe. Zdaje się to przemawiać za tem, że nerka płodowa diastazy nie przepuszcza. W smółce stwierdza się jedynie nieznaczne ilości diastazy. W wodach płodowych jest ilość diastazy prawie tasama, co we krwi pępowinowej.

Piśmiennictwo. 1) Neuberg. Der Harn 1911, p. 851. — 2) Wohlgemuth. Biochem. Zeitschr. IX. 1908. — 3) Tenże. Bioch. Zeitschr. XXI. 1909. — 4) Tenże. Berl. kl. W. 1910, p. 1444.— 5) Benczur. Wiener kl. W. 1910, p. 890. — 6) Wynhausen. Berl. kl. W. 1910, p. 2107. — 7) Tenże. Berl. kl. W. 1910, Nr 11.— 8) Hirschberg. Deut. m. W. 1910, p. 1992. — 9) Rosenthal. Deut. m. W. 1911, p. 923. — 10) Mayer. Biochem. Zeitschr. 49. — 11) Neumann. Arch. f. kl. M. 111. 1913.

Sprawozdania.

Trzy lata działalności K. B. K. Sprawozdanie Książęco-Biskupiego Komitetu pomocy dla dotkniętych klęską wojny za lata 1915—1917. Kraków 1918, str. 422.

W grubej pomroce, jaka wśród przewalającej się przez Polskę światowej wojny spadła na Polskę przed świtem wolności, nie brakło na szczęście nasze świateł, zapalonych przez rodaków, a gorejących ku pokrzepieniu ducha tem żywiej, im ciemniej zapowiadała się przyszłość nasza. Takiem światłem była wszelka praca humanitarna, w której na naczelnem, rzec można śmiało, miejscu stanęła działalność polskiego komitetu w Szwajcaryi (Sienkiewicza i Paderewskiego), w kraju zaś działalność grona ludzi najrozmaitszych zapatrywań politycznych i społecznych, ale złączonych mimo to ze sobą wolą czynienia dobrze, a znanych pod popularną już dziś w całej Polsce nazwą: K. B. K. Wydane teraz sprawozdanie nie obejmuje jeszcze czwartego i ostatniego roku pracy, jednakże przedstawia największą część działalności K. B. K. W historyi K. B. K. zapisała jego Sekcya sanitarna wiele kart najpiękniejszych i przynajmniej o tej Sekcyi, okrywającej chlubą grono ofiarnych lekarzy i młodzież uniwersytecką, wspomnieć choćby w krótkich słowach jest obowiązkiem czasopisma lekarskiego, skoro ramy i program jego nie pozwalają omówić całego sprawozdania K. B. K.

Sekcya sanitarna powstała w lipcu 1915 celem zwalczania epidemii chorób ostrych zakaźnych, które po ustąpieniu wojsk rosyjskich z Galicyi poczęły się tu gwałtownie szerzyć; działalność Sekcyi wkrótce przekroczyła granice Galicyi i objęła także byly zabór rosyjski. Zawiązek funduszów sekcyi stanowiło 50.000 kor., które na cel Sekcyi przeznaczył X. Biskup krakowski, Adam Sapieha, a które były nagrodą, przyznaną mu za działalność humanitarną przez Akademię Umiejętności z funduszu Jerzmanowskiego. Później uzyskała Sekcya częściowy zwrot kosztów z funduszów rządowych, ale głównie utrzymywała się środkami, czerpanymi z K. B. K. Środki, zapomocą których Sekcya zwalczała epidemie, były głównie dwa: szpitale ruchome, których organizacyę doprowadzono do znacznego wydoskonalenia, oraz szczepienia ochronne, przeprowadzone w niezwykle wielkich rozmiarach. W dalszym ciągu rozszerzyła Sekcya swe zadania, podejmując także walkę z gruźlicą u dzieci i z jaglicą.

Niepodobna tu streszczać sprawozdania Sekcyi, iść w ślad za jej rozwojem, ze skromnych początków wiodącym do impo-

nującego rozrostu, ani też wymieniać bardzo licznych i bardzo wielkich, często niepokonalnych niemal trudności, jakie Sekcya musiała pokonywać. Ale niech choć kilka ogólnych dat i cyfr da wyobrażenie o dokonanej przez Sekcyę pracy.

Szpitale ruchome tworzono zapomocą kolumn sanitarnych, zrazu dwu, potem trzech, z których każda była tak wyekwipowana, że mogła utworzyć równocześnie w kilku miejscowościach szpitale epidemiczne, pozostające pod wspólnym nadzorem stojącego na czele kolumny lekarza. Takich szpitali w roku 1915—1916 założono 21, leczono w nich 2094 chorych zakaźnych (przeważnie na tyfus plamisty) przez 46.585 dni, w roku zaś 1917 założono szpitali ruchomych 11, leczono w nich 2319 chorych przez 48938 dni, razem więc szpitali stworzono 32, leczono 4413 chorych przez 95523 dni. Swojemi trzema kolumnami zastąpiła więc sekcya dziesięciokrotnie większą liczbę szpitali stałych, a obsługując ogromną przestrzeń kraju, na całej tej przestrzeni zdziałała dla stłumienia epidemii niezmiernie wiele. Kilkotygodniowy pobyt kolumny wystarczał zwykle do stłumienia ogniska zarazy. Z tworzeniem szpitali szło w parze w miarę możności odkażanie, a wszędzie pouczanie ludności. Kolumny miały też nadzwyczajne znaczenie higieniczno-wychowawcze: ludność nawet w okolicach najmniej oświeconych, zrazu nieufna, jeśli nie wprost nieprzyjazna, później sama domagała się zakładania szpitali lub już istniejące pragnęła zatrzymać na dłużej.

Szczepienia ochronne przeciwcholeryczne i przeciwdurowe przeprowadzono na niewielką skalę, natomiast na niebywałe rozmiary wykonała Sekcya sanitarna z pomocą młodzieży akademickiej i Wydziałów lekarskich, głównie krakowskiego, szczepienia krowianką w r. 1915 i 1916, które odrazu prawie stłumiły szerzącą się przedtem gwałtownie epidemię ospy. Szczepiących wysłano 378, zaszczepiono bez mała dwa miliony osób w ciągu kilkunastu tygodni w Galicyi, a 370.000 w b. okupacyi austryackiej.

Dla dzieci gruźliczych założyła Sekcya sanitarna w r. 1917 dwie lecznice w Zakopanem o 120 miejscach, dla dzieci dotkniętych jaglicą schronisko w Oświęcimiu, w którem w r. 1917 leczono 354 dzieci.

Dochodów miała Sekcya sanitarna (po koniec r. 1917) 2,912,027 kor., z czego 1·6 mil. (właściwie jednak 700.000, bo resztę kasie głównej zwrócono) dostarczyła główna kasa K. B. K., 76.000 pochodziło z darów, resztę stanowił zwrot kosztów leczenia od rządu. Na kolumny sanitarne (szpitale ruchome) wydano 875.000, na szczepienia krowianką 425.000, na lecznice w Zakopanem 191.000, na schronisko w Oświęcimiu 98.000.

Niedawno zostały kolumny sanitarne przejęte przez rząd państwa polskiego pod nazwą: kolumn sanitarnych państwowych imienia ks. Adama Sapiehy i pracują w jeszcze szerszym zakresie, zwalczając epidemię duru plamistego, gwałtownie rozgorzałą w całej Polsce.

Sprawozdanie K. B. K. niezmiernie gorąco podnosi poświęcenie się i gorliwość pracowników i pracowniczek kolumn sanitarnych z lekarzami Dr Aleksandrowiczem, Bujakiem, Dadejem, Konwerskim, Mażylisem i Schinzlem na czele. Bo też istotnie są one niezwykłe. Każdy z lekarzy i opiekunów chorych zakaźnych staje często wobec niebezpieczeństwa, a stale zajęci w szpitalach zakaźnych idą mu bohatersko naprzeciw, chyba jednak nikomu z nich nie przychodziło pracować w tych warunkach, jak kolumnom K. B. K., w kraju zniszczonym ogniem i mieczem do szczętu, po wsiach zrównanych z ziemią, wśród ludzi, ginących z głodu; chyba nikomu nie przychodziło walczyć z takiemi niewygodami i brakami, wśród których i największa osobista ostrożność nie wystarcza. Toteż i z personalu kolumn kilka osób złożyło swe życie w ofierze. Więc nie dziw, że autor sprawozdania Sekcyi sanitarnej K. B. K. niema dość słów uznania dla wszystkich, którzy w kolumnach pracowali i z niemi współdziałali.

O jednem tylko sprawozdanie Sekcyi sanitarnej K. B. K. przemilcza i ten brak tu należy uzupełnić. Oto nie wyczytasz w sprawozdaniu, że istotnym twórcą kolumn, który środki, dostarczone przez założyciela kolumn, biskupa Sapiehę, należycie zużytkował, że świetnym organizatorem, umiejącym wyszukać i wykształcić doskonałych współpracowników, że niezmordowanym kierownikiem, dzielącym wszystkie niebezpieczeństwa, a ponoszącym największe trudy, toteż przywiązującym do siebie personal kolumn serdecznym, niemal rodzinnym węzłem, że jednem słowem duszą całej pracy, był autor sprawozdania, prof. Dr Emil Godlewski. C.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Sejmowa Komisya zdrowia publicznego uchwaliła w trzeciem czytaniu projekt zasadniczej ustawy sanitarnej.

Kraków. Ministerstwo zdrowia publicznego powołało do Rady zdrowia przy lwowskim Okręgowym Urzędzie zdrowia, który z powodu działań wojennych tymczasem przebywa w Krakowie, oprócz zatwierdzonych poprzednio członków, następujących profesorów Uniwersytetu lwowskiego: prof. Dr Halbana, prof. Dr Kučerę i prof. Dr Panka. Członkowie ci tworzyć będą tymczasem Oddział Rady zdrowia, urzędujący we Lwowie.

— Dr Władysław Bujak habilitował się z zakresu pedyatryi.

— Stanowisko Dyrektora Okręgowego Urzędu lekarskiego w Kielcach objął Dr Adolf Kuhn, (dotychczas krajowy inspektor sanitarny we Lwowie).

— Spirytus rektyfikowany dla lekarzy nadszedł do Krakowa. Koledzy pragnący go nabyć zechcą zgłaszać się w Izbie lekarskiej w poniedziałki i w czwartki w godzinach urzędowych po asygnaty, które wydawane będą po uiszczeniu zaległych opłat izbowych. Do składów na prowincyi nadejdzie spirytus rektyfikowany dla celów lekarskich w najbliższym czasie.

— Do Grona kolegów, podtrzymujących wydawnictwo »Przeglądu lekarskiego« dobrowolnemi ofiarami, przyłączył się kol. doc. Dr Orzechowski ze Lwowa, dyrektor Dr Hinze z Rzeszowa.

Zmarli: Dr Walery Bujakowski w 59 r. ż. w Druskienikach, Dr Kazimierz Sarynsz Dobrzyński w Trzebini.

Redakcya otrzymała: Cieszyński: Jak zapobiegać chorobom zębów. (Biblioteka Macierzy, Lwów 1919). — 2) Sprawozdanie z kursu leczenia obrażeń szczękowych w Poznaniu

Odpowiedzialny redaktor
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego — W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 22. Kraków, 31. maja 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Rok LVIII. Kraków, 31. maja 1919 Nr. 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału wewnętrznego I. Szpitala powszechnego we Lwowie.

O leczeniu ropniaków opłucnej zapomocą aspiracyi i następowej odmy opłucnej.

Napisał*)

Prof. Dr Wiczkowski.

Doświadczenia moje rozpocząłem samodzielnie przed dwoma laty; dopiero w ciągu pracy przekonałem się, że już w r. 1909 prof. Wenkebach zalecał tę metodę, a na posiedzeniu »Tuberculosetag« w Wiedniu r. 1916 temat ten był przedmiotem rozpraw i dyskusyi. Z tem większą otuchą stosowałem odtąd tę metodę, zwłaszcza że nie stała się ona jeszcze własnością ogółu, na co, mojem zdaniem, ze wszech miar zasługuje.

Sposób postępowania: Myślą moją przewodnią było w sposób bezkrwawy usunąć ropę z jamy opłucnej i równocześnie przez wprowadzenie gazu, trudno wessalnego, jakim jest azot, przeszkodzić tworzeniu się zrostów, ułatwić wydalenie ropy i prawdopodobnie przez ucisk na opłucną i jej naczynia o ile możności powstrzymać tworzenie się ropy.

W polu dokładnie odkażonem wbijam dość grubą igłę przyrządu Potaina w miejscu możliwie najniżej położonem i aspiruję ropę naraz w ilości nie większej niż 1—1$^1/_2$ litra; a zresztą objawy jak: ból dotkliwy w okolicy serca, kaszel gwałtowny, osłabienie tętna, sinica, były dla mnie wskazówką do przerwania aspiracyi. Po wypuszczeniu ropy, a częstokroć równocześnie z tym zabiegiem wprowadzam azot, i to, o ile możliwe, w ilości odpowiadającej ilości ropy wypuszczonej. Taką procedurę powtarzam kilkakrotnie w odstępach od kilku dni do tygodnia, aż badanie fizyczne, poparte przez prześwietlanie promieniami Roentgena, nie wykaże wcale płynu w jamie opłucnej. Naturalnie przed każdym zabiegiem wykonywam nakłucie próbne, zwłaszcza, że w niektórych przypadkach pod koniec tego leczenia mogłem wykazać płyn już tylko surowiczy. Najtrudniej przychodziło mi usunąć resztki wysięku z zatok opłucnych, ale w tych razach pomocna mi była opłuczka rozczynem 1:1000 kwasu salicylowego.

Niewątpliwie pracujący tą metodą natrafią na pewne przeszkody i trudności. I tak nie zawsze łatwo daje się wykazać obecność ropy zapomocą nakłucia próbnego, gdyż albo ropa za gęsta, albo igła za cienka, czasem na jednem miejscu znajdzie się ropę, a w drugiem płyn surowiczy lub ropa znajduje się nagromadzona i otorbiona między płatami płuc lub całkiem u dołu między płucem a przeponą; czasem ropę raz się wykaże, a ponowne nakłucie przed samym zabiegiem wypadnie ujemnie i dopiero po pewnym czasie chory ropę wykrztusi; niekiedy należy zrobić kilka i kilkanaście nakłuć, aż się natrafi na ognisko ropne. Pod tym ostatnim względem prześwietlenie promieniami Roentgena oddaje dzisiaj znakomite usługi, z których korzystałem tak przed rozpoczęciem leczenia, jak i w ciągu doświadczeń dla kontroli dzięki uprzejmej pomocy kol. Mazanka.

Niejednokrotnie podczas stosowania tego leczenia to ropa przestanie odpływać, to znowu gaz z trudnością wchodzi; te i tym podobne trudności wprawa i doświadczenie łatwo pokona.

Chorych leczonych tą metodą — a miałem ich 17 — podzielę na trzy grupy: Chorzy z ropnym wysiękiem opłucnym: I. po zapaleniu włóknikowem płuc, II. wśród przebiegu gruźlicy, III. wśród t. zw. grypy hiszpańskiej. Jako podstawę do tego podziału służyły mi badania bakteryologiczne, dokonane przez kol. Hołobuta. Wobec braku miejsca, przytoczę historyę chorób kilku typowych przypadków, podając tylko objawy chorobowe.

Ad I. J. S. lat 18. Chory od $^1/_2$ roku, skarży się na silny suchy kaszel, ból w boku lewym, duszność, gorączkuje między 37·2—38·5, tętno szybkie, 120, drobne. W wysięku opłucnym dwoinki zapalenia płuc. Serce przesunięte na prawo. Rozpoznanie: Exsudatum pleur. purul. permagnum sin. Bronch. diff. sin. Pneumonia catarrhal. lobi inf. dex. Dextrocardia.

Chory był w leczeniu w r. 1917 od 1. XI. do 19. XII. W dwu posiedzeniach wypuściłem ropę w ilości 4 litrów, a azotu wprowadziłem 2100 cm^3, poczem kilkakrotne prześwietlenie promieniami R. nie wykazało wcale wolnego płynu, a 14. XII, więc 5 dni przed odejściem ze szpitala, udało mi się wprowadzić 900 cm^3 N. na dowód braku zrostów opłucnych. Serce wróciło na swoje miejsce, ciepłota prawidłowa, oddech swobodny, apetyt doskonały, waga ciała mimo złych stosunków aprowizacyjnych podniosła się z 40·5 na 47 kg. W miesiąc po odejściu ze szpitala miałem sposobność badać chorego: jest nie do poznania, czerstwy, zdrowy, wysięku ani śladu, niema też zrostów, służy pod bronią.

Chory M. R., l. 12. Na tydzień przed przybyciem na mój oddział wypuszczono u tego chorego wysięk surowiczy. Obecny znaczny wysięk ropny lewy z przesunięciem serca na prawo. W wysięku ropnym dwoinki zapalenia płuc. W dwu posiedzeniach wypuściłem 2 litry ropy, wprowadziłem 1650 cm^3 N. Po trzech tygodniach, kiedy tak nakłucie, jako też badanie rentgenowskie wypadło ujemnie, opuścił M. R. szpital z zupełną euforią, z dobrym apetytem, bez gorączki; serce dąży ku swemu miejscu.

Ad II. Jerzy L. technik, lat 24. Rodzice zdrowi, żyją. Brat umarł na gruźlicę płuc w 29. roku życia. Chory przedtem żadnych chorób nie przebywał. W czerwcu r. 1915 wstąpił do wojska. We wrześniu r. 1915 rozpoznano nieżyt w szczycie prawego płuca ze stanem podgorączkowym. W listopadzie r. 1915 zachorował chory na wysiękowe zapalenie opłucnej prawej (nakłucia wtedy nie dokonano). Z tym wysiękiem i podniesioną ciepłotą żył chory przez szereg miesięcy, leczony maściami i wewnętrznie aż do czerwca r. 1916. Wówczas stwierdzono poraz pierwszy ropę przy stanie bezgorączkowym. W lipcu r. 1916 był leczony w Pradze przez doc. Dr Welleminskyego wstrzykiwaniami tuberkulomucyny (co tydzień, razem 12 wstrzyknięć). Po tych wstrzykiwaniach czuł się chory dobrze, przybrał na wadze. Stan ten trwał aż do wiosny r. 1917. Wówczas radzono choremu operacyę wycięcia żebra, z czem chory zgłosił się na polecenie prof. Schrama na mój oddział.

Rozpoznanie: Exsudatum pleuriticum purul. permag. dext. Indur. et bronch. apic. dex. Ciepłota przeważnie prawidłowa, czasem nieco ponad 37·0°, tętno około 70, chory nie kaszle, apetyt ma mierny. Lewe płuco prawidłowe; stłumienie po prawej z tyłu do grzebienia łopatki, z przodu do trzeciego żebra. Punkcya stwierdziła ropę. Badanie wysięku ropnego nie wykazało żadnych chorobotwórczych drobnoustrojów. Chory ten pozostawał przeszło rok w mojem leczeniu i obserwacyi. W ciągu tego czasu w odstępach od 2—4 tygodni aspirowałem ropy

*) Stosując się do łatwo zrozumiałego życzenia Redakcyi, przedstawiam rzecz w jak najkrótszym zarysie.

blizko 3 litry, wprowadziłem N w ilości 4100 cm³. Pod koniec leczenia odgłos opukowy nad całem płucem prawem zupełnie jawny, tylko u samego dołu pozostało stłumienie; nakłucie w tem miejscu wykazało zrosty i nieco płynu jasnego surowiczego. Te zrosty spowodowały przesunięcie się serca na prawo. Ponad zrostami pod koniec leczenia wprowadziłem z łatwością 600 cm³ N na dowód, że powyżej zrostów jama opłucna wolna. Kilkakrotnie potem w różnych odstępach czasu miałem sposobność przekonać się, że stan płuc się nie zmienił, szczyt płuca prawego zupełnie uspokojony. Równolegle z korzystnym wynikiem badania stan ogólny chorego bardzo dobry, na wadze go przybyło, chory ma poczucie zdrowia.

W tym przypadku było niewątpliwie tło gruźlicze. Dłuższe, wytrwałe, systematyczne leczenie inteligentnego chorego przywróciło mu zupełne zdrowie, gdyż i w szczycie płuca prawego pozostały tylko ślady przebytej sprawy gruźliczej; dodać tu winienem, że w pauzach między jednym a drugim zabiegiem chory swobodnie oddawał się swemu zajęciu. Odniosłem wrażenie, że w danym przypadku tym sposobem postępowania i ropę się usuwało bez pozostawienia rozległych zrostów opłucnych, i płuco się wygoiło.

Wspomnę tu pokrótce o drugim chorym gruźliczym, który był pierwszym w mojem leczeniu.

I. Sch., lat 18, belfer. Przyszedł na oddział w stanie rozpaczliwym: gruźlica rozpadowa w obu szczytach płuc, znaczny wysięk opłucny ropny, sięgający do grzebienia łopatki, po stronie prawej. Ciepłota podniesiona, tętno 100—120. W plwocinach liczne prątki gruźlicze. Szczepienia wysięku ropnego pozostały jałowe po 24, 48 i 72 godzinach. Chory pozostawał na moim oddziale z małemi przerwami od 20. IV. 1917 do końca grudnia. W tym okresie w różnych odstępach czasu wypuściłem ropę w ilości 2670 cm³, a wprowadziłem N 4550 cm³. Badanie rentgenowskie w dniu 8. XII. i 20. XII. wykazało tylko ślady ropy w zatoce żebrowo-przeponowej. Chory w stanie bezgorączkowym, z dobrym apetytem, z małym przybytkiem na wadze, z uspokojoną sprawą gruźliczą w płucach opuścił szpital. Przed odejściem chorego zdołałem wprowadzić 800 cm³ N, co dowodziłoby braku przynajmniej znaczniejszych zrostów. Chory ten po kilku miesiącach zgłosił się na oddział chirurgiczny z przebitym ropniakiem opłucnym (empyema necessitatis) i tam życie zakończył.

B. J., l. 37. Exsud. pleurit. dext. post morbum ibericum, brochit. diff. sin. Dislocat. cordis — adynamia m. cordis. Przed sześciu tygodniami przechodził grypę hiszpańską. Przed tygodniem lekarz w domu stwierdził ropę w prawej jamie opłucnej i wypuścił około $1^1/_2$ litra ropy. Stłumienie po całej stronie prawej z przodu i z tyłu, tylko u szczytu odgłos jawniejszy. Szmery oddechowe zniesione, u szczytów wdech i wydech oskrzelowy. Tętno słabo napięte, 120, ciepłota 37·8. — 2. XII. aspirowałem 1500 cm³ ropy, wprowadzono 750 cm³ N. — 5. XII. aspirowałem 3200 cm³ ropy, wprowadzono 1000 cm³ N. — Stan zdrowia się poprawia, ciepł. 37·6, tętno 96, łaknienie się wzmaga.— 10. XII. Od 2 dni wysoka gorączka do 39⁰ o torze ropniczym bez dreszczów. Wypuściłem 1500 cm³ ropy i wprowadziłem N 700 cm³. Ponieważ chory dalej gorączkuje, stracił apetyt, czuje się osłabionym, oddałem go do operacyi resekcyi żeber.

M. Cz., l. 21. Indur. utriusque apicis. Pleurit. adhaes. sin., exsud. pleurit. seroso-purul. dext. Oba szczyty płuc zajęte bez objawów nieżytowych. Wybitne stłumienie z tyłu po obu stronach. Nakłucie próbne wykazuje po lewej chrząstkowato-twarde zrosty, po prawej płyn surowiczo-ropny. W plwocinie niema prątków; wysięk opłucny jałowy. Chory przebywał w szpitalu od 16. IX. do 19. XII. 21. IX. aspirowano 2 litry płynu surowiczo-ropnego, wprowadzono 1200 cm³ N. — 6. X. wypuszczono 500 cm³ ropy, a wprowadzono 1000 cm³ N. — 8. XI. stłumienie u dołu na trzy palce, nakłucie wykazuje płyn jasno-surowiczy. — 9. XII. niema wolnego płynu. Badanie rentgenowskie wykazuje tylko ściemnienie u dołu w okolicy zatoki opłucnej. — 19. XII. opuszcza M. Cz. szpital zupełnie uzdrowiony. Na wadze przybrał, miał zawsze znakomity apetyt. U tego chorego wyjątkowo po każdej aspiracyi ciepłota podnosiła się do 38⁰ na kilka dni, a zresztą stan bezgorączkowy.

Tę metodę leczenia w przeciągu dwu lat zastosowałem u 17 chorych z następującym wynikiem: Trzej chorzy na ropne zapalenie opłucnej po zapaleniu płuc włóknikowem, zupełnie wyleczeni, do miesiąca szpital opuścili, z ośmiu chorych w przebiegu gruźlicy, pięciu żyje, dwóch umarło, jednego przeniosłem na oddział chirurgiczny Prof. Schrama dla resekcyi żeber: sześciu zaś chorych na ropne zapalenie opłucnej w przebiegu grypy hiszpańskiej po kilku zabiegach bez widocznej poprawy zdrowia poddawałem operacyi.

Najkorzystniejszy więc był wynik u chorych po zapaleniu płuc włóknikowem; sam zabieg przebiegał gładko, 2—3-krotne wypuszczenie ropy z następowem wprowadzeniem azotu wystarczało, aby ropę z jamy opłucnej zupełnie usunąć; chorzy bez zrostów opłucnych, bez zniekształtnienia klatki piersiowej odzyskiwali w krótkim przeciągu czasu, bo najdalej do miesiąca, zupełne zdrowie. Inaczej się rzecz ma z gruźliczymi. Leczenie rozciąga się na miesiące i ropa częstokroć wśród leczenia tak gęstnieje, że dopiero po rozcieńczeniu rozczynem kwasu salicylowego daje się odprowadzić. Ale z drugiej strony tacy chorzy w odstępach między jednym a drugim zabiegiem mogą bez szkody dla zdrowia spełniać lekkie obowiązki, zwłaszcza, że już wśród leczenia stan ogólny zdrowia się polepsza, ciepłota spada, kaszel się zmniejsza, łaknienie się wzmaga, poty ustępują, waga ciała wzrasta. A co najważniejsza, że, wprowadzając azot w miejsce ropy, leczy się płuca, dzięki naturalnie sztucznej odmie. Na korzyść tej metody policzyć należy, że uwalnia ona chorego od długiego, częstokroć przykrego, a w wyniku częstokroć wątpliwego przebiegu pooperacyjnego (resekcya żeber).

Na podstawie powyższych danych sądzę, że w każdym przypadku gruźlicy, powikłanej ropniakiem opłucnym, można bez wahania zacząć leczenie zapomocą tej metody; gdyby jednak poprawa nie nastąpiła, jeszcze dość czasu na zastosowanie resekcyi żebra.

Dla przekonania się, czy i o ile ten sposób leczenia mógłby być zastosowany w przypadkach ropniaka opłucnego w przebiegu grypy, stosowałem tę metodę u każdego chorego, który się nadarzał. W krótkich odstępach czasu wypuszczałem ropę, która mimo obecności azotu w jamie opłucnej znowu szybko się nagromadzała. Ale gdy polepszenie było tylko chwilowe, nie zwlekałem z oddaniem chorego do rąk operatora. W tym razie jest to wielka zaleta tej metody, że choremu nie może zaszkodzić, a nawet przygotowuje korzystne warunki dla operacyi. Sądzę jednak, że i tutaj wyleczenie nie jest wykluczone, gdyby się udało pochwycić moment, kiedy ostra sprawa zapalna tak w opłucnej, jak i w płucu jest ukończona i gdy ogólne zakażenie ustąpiło.

Wiadomości zawodowe.

Higiena i medycyna społeczna.

Na Zjeździe lekarzy szpitali powszechnych w Małopolsce, odbytym w dniu 18. maja 1919 r. w Tarnowie, uchwalono jednomyślnie następujące wnioski: 1) Rozwiązanie kwestyi szpitalnej w Państwie Polskiem może nastąpić jedynie w drodze upaństwowienia wszystkich szpitali i publicznych zakładów leczniczych; wyjątek może być dopuszczony wyłącznie tylko dla szpitali ściśle określonej grupy (n. p. szpitale fabryczne), ale i te muszą pozostawać pod kontrolą państwową. 2) Dla prawidłowego funkcyonowania szpitali i dla ich rozwoju konieczne jest zniesienie wszelkich opłat szpitalnych bezpośrednich dla klasy III., t. j. włączenie kosztów utrzymania szpitali do wydatków ogólnopaństwowych i pokrycie ich ewentualnie drogą powszechnego podatku szpitalnego. Jedynie przy bezwzględnie bezpłatnem leczeniu szpitalnem będą mogły zakłady te, na których siłą rzeczy będzie się musiała oprzeć cała organizacya zdrowia publicznego, osiągnąć swój cel: wydatnie wpłynąć na zmniejszenie śmiertelności i podniesienie stanu zdrowotnego narodu. 3) Zjazd uważa za konieczne wyodrębnienie w organizacyi Ministerstwa zdrowia spraw szpitalnych i stworzenie oddzielnej Sekcyi szpitalnej. 4) Uważając, że obecne płace lekarzy szpitalnych, nie stojąc w najmniejszym stosunku do wartości pracy i niebezpieczeństwa osobistego pracownika, nie zapewniając minimum egzystencyi nawet analfabety, srodze krzywdząc lekarzy, ujemnie wpływają na rozwój szpitalnictwa i samą pracę w szpitalach, zmuszając lekarzy do zajmowania się praktyką prywatną, Zjazd lekarzy szpitali małopolskich stwierdza: Kardynalnym warunkiem należytego funkcyonowania szpitala, jego rozwoju, jest oddanie się mu wyłączne całego personalu lekarskiego. Lekarzom, stale pracującym w szpitalu, należy zapewnić utrzymanie, stosowne do ich potrzeb, stanowiska społecznego, wartości i niebezpieczeństwa pracy i dać im możność spokojnej i wyłącznej pracy dla szpitala. 5) Zjazd uważa za konieczne zwołanie Zjazdu leka-

rzy wszystkich szpitali w Polsce i w tym celu wybiera Komitet organizacyjny »Ogólnego Zjazdu lekarzy szpitalnych w Polsce« dla porozumienia się z lekarzami szpitalnymi innych części kraju i zorganizowania samego Zjazdu w jaknajkrótszym czasie.

Na Zjeździe wybrano Komitet organizacyjny Zjazdu ogólnego w osobach kol. Dr Jasińskiego (Nowy Sącz) i Dr Bujalskiego (Tarnów). Komitet ten ma się zwrócić do lekarzy szpitalnych b. zaboru rosyjskiego i pruskiego, oraz lekarzy zakładów krajowych małopolskich z propozycyą wspólnego zorganizowania Zjazdu ogólnego. Uchwalono rezolucye Zjazdu przesłać Panu Ministrowi zdrowia i doręczyć Wydziałowi krajowemu. Wybrany Komitet ma zająć się również zwołaniem Zjazdu lekarzy szpitalnych małopolskich w końcu czerwca 1919. — Prezydyum Zjazdu: Jasiński, przewodniczący, Bujalski, sekretarz.

Gustaw Bikeles.

(Wspomnienie pośmiertne).

W pierwszych dniach listopada 1918 zbłąkana kula ekrazytowa położyła kres życiu Gustawa Bikelesa, jednego z naszych najpoważniejszych uczonych, godząc śmiertelnie w mózg, w ten właśnie narząd, którego ustrój i funkcya stanowiły treść badań Zmarłego, badania zaś te istotną treść cichego, skromnego, pracowitego i zasłużonego życia.

Urodzony w r. 1861, poświęcał się Bikeles zrazu studyom filozoficznym, poczem przeniósł się na medycynę. Jako lekarz poczynał samodzielną pracę naukową w zakładzie neurologicznym Obersteinera i na klinice Krafft-Ebinga w Wiedniu. Zaczął tu swą karyerę naukową szeregiem doskonałych prac, między innemi rozgłośną publikacyą o zmianach anatomicznych układu nerwowego po wstrząśnieniach urazowych. Następnie przenosi się Bikeles do Lwowa, gdzie wykonując praktykę neurologa, pracuje równocześnie w zakładzie anatomii patologicznej i w klinice wewnętrznej, z czasem zaś przenosi swą działalność naukową prawie wyłącznie do zakładu fizyologii, gdzie pracuje to na własną rękę, to wspólnie z prof. Beckiem lub jego asystentami do końca życia. Krótką przerwę tej działalności wywołuje inwazya rosyjska. Bikeles spędza ten czas w Wiedniu, przerzucając się tutaj do pracy klinicznej, która staje się, jak na krótkość pobytu w Wiedniu, niezwykle owocną, bo daje jako wynik kilkanaście cennych publikacyi.

Zakres działalności naukowej bł. p. Bikelesa jest tak rozległy i wielostronny, że niesposób w krótkim nekrologu zawrzeć całokształt pracy jego życia i pełnej oceny tej pracy. Przybliżoną miarę do oceny szerokiej skali tej działalności daje ilość prac, dochodząca do setki.

Już pierwsze prace z okresu wiedeńskiego cechuje wielostronność tematów. Znajdujemy tu obok kazuistyki neurologicznej poważniejsze prace kliniczne neurologiczne, psychiatryczne i anatomiczne. Wśród prac anatomicznych wydaje Bikeles z zakładu Obersteinera w r. 1894 wspomnianą pracę o zmianach anatomicznych mózgu i rdzenia po wstrząśnieniach, w której stwierdza rozległe zmiany w narządzie ośrodkowym po urazach wstrząsowych w postaci ognisk rozmięknienia i zmian degeneracyjnych, nadających się do regeneracyi, po urazach nawet odległych od miejsc, dotkniętych zmianami patologicznemi. Praca ta stała się jedną z prac podstawowych do zawsze jeszcze nie ukończonej dyskusyi nad sprawą organicznego czy funkcyonalnego tła nerwic urazowych. W innej pracy z okresu wiedeńskiego Bikeles jeden z pierwszych wskazuje na tło zapalne zmian histologicznych w stwardnieniu rozsianem rdzenia i mózgu.

Następuje okres głównej działalności Bikelesa we Lwowie, wypełniony studyami przeważnie fizyologicznemi i anatomicznemi. Publikacye, któremi teraz Bikeles zasypuje wprost czasopisma naukowe, noszą znamiona niezwykłego oczytania i bystrości krytycznej, a oparciem tych prac naukowych jest mrówcza pilność, nie cofająca się przed żadnym trudem. Wielki dar spostrzegawczy, wysoki krytycyzm i wykształcenie filozoficzne wiodły też często Zmarłego na drogę wykazywania niedomagań podstawowych zapatrywań z zakresu fizyologii, anatomii i patologii nerwowej, na niedostatek metod badania i na kruchość teoryi, na podstawie takich metod ugruntowanych. Z tego powodu szereg publikacyi nosi pozornie negatywny charakter, bo zbija lub podaje w wątpliwość pewne zapatrywania, nie przynosząc na miejsce ich innych. Tak więc wyjaśnia Bikeles w jednej pracy, że wznowienie się funkcyi po przecięciu nerwu może dochodzić do skutku dzięki zastępczej funkcyi innych mechanizmów, które mogą nie mieć nic wspólnego ze sprawami naprawczemi, rozgrywającemi się w nerwie i dokonują się poza nerwem. W innej pracy eksperymentalnej wykazuje Bikeles brak dowodów przyjmowania funkcyi troficznych, swoiście związanych z układem nerwowym. Wbrew twierdzeniu Piotra Marie dowodzi, że ciałka dotykowe obwodowe nie mają charakteru troficznego komórek nerwowych Jako jeden z pierwszych wykazuje istnienie zaczątków regeneracyi włókien nerwowych w rdzeniu. Największą zasługę zaskarbił sobie Bikeles dla neurologii przez prace doświadczalne i histologiczne nad lokalizacyą ruchową, odruchową i czuciową w rdzeniu kręgowym. Prac tych, wykonanych wspólnie z Beckiem i całym szeregiem współpracowników, których czerpał i umiał sobie dobierać w lwowskim zakładzie fizyologii, uprawiającym stale ten rodzaj badań (Fromowicz, Gizelt, Załuska i Franke z klin. wewn.), jest kilkanaście. Studya te przyczyniły się do rozszerzenia, uzupełnienia, a często skorygowania problemów lokalizacyjnych w rdzeniu, w owych latach (1903—1910) na szeroką miarę opracowywanych przez badaczy zagranicznych. Zamykają te prace zdumiewający ogrom trudu, a przez swą niesłychaną ścisłość i dokładność metody wybijają się na pierwszy plan pośród prac tego samego kierunku badaczy szerokiego świata. Jeśli obecnie klinicysta bez wielkiego trudu ściśle określa siedzibę spraw rdzeniowych przy łóżku chorego, to zasługa to między innemi tych prac doświadczalnych Bikelesa.

Późniejsze prace, przeważnie z Beckiem i Zbyszewskim wykonane, poświęcone są badaniom zachowania się prądów czynnościowych przy drażnieniu mózgu i móżdżku i dochodzą do wyników, uzupełniających i utrwalających wiadomości nasze o funkcyach tych ośrodków, zdobyte na drodze innych badań. Publikacye ostatniego okresu życia zajmują się między innemi padaczką, wywołaną na drodze drażnienia elektrycznego i przyczyniają się do pogłębienia genezy poszczególnych faz napadu padaczkowego, znajomości wpływu leków i t. p.

W krótkim okresie wiedeńskim czasu wojennego, wyrwany z pracowni, przenosi Bikeles pracę odpowiednio do zmienionych warunków na teren kliniczny. W tym krótkim czasie swego pobytu na obczyźnie wydaje kilkanaście prac, przeważnie kazuistycznych, z których kilka, bardzo zajmujących, ma trwałą wartość, w wielkiej części dzięki temu, że przegląda z nich z poza bystrego i uważnego obserwatora klinicysty, rutynowany eksperymentator-fizyolog (erytromelalgia z samoistną zgorzelą, badania nad zachowaniem się pocenia w organicznych sprawach rdzenia i mózgu, zachowanie się odruchów kompensacyjnych gałek ocznych przy wyłączeniu nerwów błędnikowych, analogiczny objaw do objawu Kerniga i Lassegua na górnych kończynach i t. d.).

Przegląd ten pobieżny wykazuje, że działalność Bikelesa obejmowała szczególnie tematy fizyologiczne i anatomiczne. Zajęcie się kliniką nerwową utrudniał mu brak materyału, a w pewnej mierze nieuleczalna i postępująca choroba uszu. Na rozległość skali wykształcenia i uzdolnienia wskazują jednak prace psychiatryczne, psychologiczne i filozoficzne.

Był Bikeles niezaprzeczenie uczonym na wielką miare. Uniwersytet nasz uważał go za swoją chlubę, darząc zaszczytami, którymi rozporządzał, mianując go docentem w r. 1900, poczem na dalsze wnioski Wydziału lekarskiego uzyskał Bikeles w r. 1906 tytuł nadzwyczajnego, a w r. 1913 zwyczajnego profesora.

Śmierć, która wyrwała z naszych szeregów tego ducha o młodzieńczej energii, pracowitości i młodzieńczym zapale do pracy, zrobiła szczerbę, którą nie rychło będzie można wypełnić. Uczcić należy w Zmarłym rzadkiego typu pracownika naukowego, którego istotę stanowiła gorąca, nie wygasająca żarliwość wiedzy i poznania nie zafałszowanej prawdy w swojej dziedzinie.

Wypowiadam ostatnie słowa pożegnania, dając wyraz czci głębokiej dla człowieka, w którego ubogiem i chorem ciele mieszkał niezłomny duch, wielkie ukochanie ideałów nauki i młodzieńcza żarliwość pracy. Żegnam Go, jako i z tego powodu bliższego mi, niż wielu innym, bośmy uczniowie tejsamej szkoły, czcigodnego naszego nauczyciela, Obersteinera.

K. Orzechowski.

Wiadomości bieżące.

Czynem pierwszorzędnej doniosłości dla Państwa i Narodu polskiego jest stworzenie przez Wielkopolan czwartego polskiego Uniwersytetu, a raczej wznowienie starej poznańskiej Szkoły Głównej, Akademii Lubrańskiego, założonej w XV w., a zamkniętej w XVIII w.

Otwarcie wykładów w tej wszechnicy odbyło się 7. maja b. r. nader uroczyście. Po nabożeństwie w katedrze poznańskiej, w czasie którego kierownik Sekcyi oświaty Naczelnej Rady ludowej, X. Łukomski, wygłosił kazanie, odbył się pochód do byłego zamku cesarskiego, obecnie uniwersyteckiego »Collegium majus«. Prymas-Arcybiskup X. Dalbor, poświęciwszy gmach, przemawiał pierwszy, następnie wygłosili mowy p. Poszwiński imieniem Naczelnej Rady ludowej, Rektor Uniwersytetu, poczem przemawiał Minister oświaty prof. Łukasiewicz, delegaci: Akademii Umiejętności, wszystkich trzech Uniwersytetów: krakowskiego, lwowskiego i warszawskiego, Kolegium uniwersyteckiego w Kijowie, Wyższej Szkoły rolniczej, Warszawskiego Towarzystwe naukowego i lekarskiego, miasta Poznania, miasta Warszawy i i. Dalsze przemówienia wygłoszono na zebraniu popołudniowem, na którem odczytano także nadesłane ze wszech stron Polski depesze.

Zrzeszenia lekarskie krakowskie oraz Redakcya »Przeglądu lekarskiego«, nie mogąc z powodu trudności komunikacyjnych wysłać do Poznania na czas delegata, przesłały telegraficznie wyrazy powitania i hołdu na ręce Magnificencyi Rektora Wszechnicy poznańskiej; ku chlubie zawodu naszego pierwszym Rektorem Wszechnicy obrany został lekarz, czcigodny profesor Dr Święcicki.

Kraków. Z powodu niepomiernego wzrostu wszystkich kosztów wydawnictwa, oraz ponownego podrożenia druku i papieru, zmuszony jest i »Przegląd lekarski« na równi ze wszystkiemi polskiemi czasopismami podnieść od 1. lipca b. r. przedpłatę, a to do kwoty 60 kor. rocznie (z przesyłką pocztową).

— Nadzwyczajny profesor anatomii patologicznej, Dr Stanisław Ciechanowski, mianowany został profesorem zwyczajnym.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskali w Uniwersytecie Jagiellońskim pp. Stefania Braunówna rodem z Rzeszowa, Szymon Enoch rodem z Kęt i Kazimierz Koliński, podchorąży 1. pułku artyleryi, rodem z Łodzi.

— Zjazd lekarzy szpitali powszechnych prowincyonalnych z Małopolski odbył się 18. V. b. r. w Tarnowie przy udziale przedstawicieli szpitali z Bochni, Jarosławia, Rzeszowa, Gorlic, Jasła, Nowego Sącza, Tarnowa, Tarnobrzegu i Wadowic. Szpitale w Białej, Nowym Targu, Krośnie, Sanoku i Przemyślu solidaryzują się z uchwałami Zjazdu, (które podajemy w innej rubryce). Inne szpitale były w chwili Zjazdu pod okupacyą ukraińską. Referentami na Zjeździe byli Dr Bujalski (z Tarnowa) i Dr Jasiński (z Nowego Sącza).

— Zamiast wieńców na trumnę ś. p. prof. Dr Cybulskiego złożył Rektor prof. Dr Święcicki od Uniwersytetu i Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu 100 koron na fundusz wdów i sierot po lekarzach Tow. lek. gal.

Lwów. Pod przewodnictwem Dr Mikołajskiego, dyrektora Okręgowego Urzędu zdrowia odbyło się 24. V. 1919 posiedzenie krajowej Rady zdrowia, o którem ukazał się obszerny komunikat w dziennikach. Na posiedzeniu tem przedstawił przewodniczący przebieg i stan zwalczania epidemii duru plamistego, plan działania Okręgowej Komisyi zwalczania gruźlicy i program zwalczania chorób wenerycznych w Galicyi. Na zwalczanie duru uzyskał Dr Mikołajski od Ministerstwa na maj 800.000 kor., na przychodnie przeciwgruźlicze zażądał 600.000 kor. rocznie, a na dwa sanatorya ludowe (w Hołosku i Zakopanem) 2,400.000 koron rocznie. Dalej zawiadomił przewodniczący o reformie taryfy aptekarskiej, o staraniach, aby w najbliższym roku szkolnym wprowadzić w Galicyi lekarzy szkolnych, oraz o wniosku swoim, aby Okręgowy Urząd lekarski przenieść z Krakowa do Lwowa. W dyskusyi prof. Halban i prof. Panek zdali sprawę ze zwalczania duru plamistego na terenie wojennym, Dr Legeżyński z pilnych potrzeb sanitarnych Lwowa, Dr Bernadzikowski z budżetu Departamentu sanitarnego Wydziału krajowego.

Warszawa. Przyjęty przez Sejmową Komisyę zdrowia publicznego projekt zasadniczej ustawy sanitarnej, złożony z 11 paragrafów, opracował przewodniczący komisyi, Dr Rottermund, który też ma być referentem tego projektu w pełnej Izbie sejmowej. Prócz tego ma Komisya wkrótce przedstawić rezolucye w sprawie organizacyi Ministerstwa zdrowia publ., Izb lekarskich i funduszu mieszkaniowego. (Monitor polski Nr 112 z d. 21. V.).

— Dziekanem Wydziału lekarskiego został wybrany ponownie prof. Dr Wł. Mazurkiewicz.

Zmarli: Dr Tadeusz Karpowicz z Kępna, w Poznaniu w 50 r. ż., Dr Kazimierz Podoski, lekarz powiatowy w Łukowie, w 55 r. ż.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 23. Kraków, 7. czerwca 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Rok LVIII Kraków, 7. czerwca 1919. Nr. 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nieco o skrzepach krwi w stanach chorobowych organizmu

podał

Prof. Browicz.

Krzepliwość krwi przedstawia pewne, jakkolwiek nieznaczne różnice indywidualne; krew nie każdego organizmu równie szybko krzepnie.

Krew niesłusznie nazywana płynną tkanką, jest wytworem tkanek tak co do swych części składowych rozpuszczonych jakoteż zawieszonych. Organizm buduje swoje substancye komórkowe z rozskładowych cząstek pokarmów, cząstek w niczem nie przypominających pierwotnego składu i pochodzenia, substancye, różne dla każdego gatunku komórek, różne niemniej dla każdego organizmu — stąd też, wnosić można, różnice w krzepliwości krwi różnych organizmów ludzkich.

Niema dwóch organizmów ludzkich zupełnie pod każdym względem identycznych. Dowód anatomiczny w różności rysunku skóry w odciskach palców używanych do rozpoznawania jednych indywiduów od drugich, badanie odcisków palca, następnie dowód w różnem oddziaływaniu na wpływy zewnętrzne każdego indywiduum, różnice konstytucyonalne.

Skład krwi tak pod względem swych części składowych chemicznych jakoteż postaciowych zależny jest od stanu i funkcyi komórek tkankowych, których wadliwości muszą się odbijać na składzie krwi, począwszy od zmian nieznacznych, wolnem okiem nieuchwytnych, aż do zmian wolnemu oku dostępnych, pomijając naturalnie zmiany, powstające pod wpływem substancyi i czynników czyto gazowych czy płynnych, albo też stałych, jak pyły, mikroby, z zewnątrz do organizmu wnikających.

W stanach chorobowych krzepliwość krwi przedstawia znaczne różnice tak co do chyżości krzepnięcia, jakoteż jakości skrzepów pod względem spójności, barwy, jednolitości, warstwowości.

W toku wykładów, jakoteż przy obdukcyach zwracałem uwagę studentów na różnice skrzepów pośmiertnych spotykanych w jamach serca i w początkowych częściach pni tętniczych, wogóle na stan i wejrzenie krwi.

Zwracałem uwagę na to, iż z wejrzenia krwi, ilości i jakości skrzepów spotkanych można i należy wysnuwać wnioski co do zagadnień patologicznych, nie uciekając się zaraz do badania mikroskopowego czy bakteryologicznego, że w ocenianiu stanu anatomicznego czy klinicznego wyzyskiwać należy i brać w rachubę każdy chociażby na pozór drobny szczegół, mogący rozświetlić zagadnienie; a stan krwi jest poniekąd zwierciadłem stanu organizmu i dostarczyć może ważnych wskazówek w ocenianiu stanu organizmu.

Krew w jamach serca i w początkowych częściach pni tętniczych przedstawia w zwłokach różne wejrzenie i różny stan.

Krew normalna, jak w pewnych przypadkach nagłej, samobójczej czy przypadkowej śmierci, tworzy skrzepy ciemnoczerwone, jednolite, galaretowate, jednowarstwowe; takie skrzepy wykluczają cięższe zachorzenia organizmu.

Spotykana, jakkolwiek rzadziej, krew płynna, albo nie zawierająca śladu skrzepów albo skąpe, wiotkie, maziste strzępy skrzepowe, jest obrazem znacznej wadliwości krwi, utrata krzepliwości, jako wynik stanu chorobowego organizmu świadczy o ciężkiem zachorzeniu organizmu albo o pewnych formach zatruć.

Często spotykamy skrzepy dwuwarstwowe. Przy zwykłem położeniu zwłok grzbietowem dolna warstwa skrzepu przylegająca do tylnej ściany jam serca jest ciemnoczerwona, druga warstwa górna niejako zlepiona z pierwszą, dolną, żółtawa, biaława, białawo-żółtawa. Dolna warstwa złożona jak skrzep normalny z włóknika, przeważnych krwinek czerwonych i rozrzuconych białych, górna zaś z włóknika, krwinek białych i płytek. Dwuwarstwowość skrzepów jest wynikiem powolnego krzepnięcia i opadania, — wskutek dłuższego utrzymywania się płynności krwi, — krwinek czerwonych na dół, niejako na dno jamy serca, krwinek czerwonych gatunkowo cięższych, gdy w skład górnej warstwy wchodzi włóknik i części składowe gatunkowo lżejsze.

Dwuwarstwowość skrzepu jest wskazówką, podobnie jak utrzymanie się płynności krwi, wadliwości, nieprawidłowego składu krwi, a tem samem cięższego zachorzenia organizmu, wskazuje ona przedewszystkiem na nadmiar krwinek białych.

Barwa warstwy czerwonej skrzepu nie zawsze jednakiego odcienia i jednakiej grubości podobnie jak i warstwa białego skrzepu. Żywość lub bledszość barwy czerwonej jest wskazówką co do ilości krwinek jakoteż co do ilości hemoglobiny w nich zawartej. Podobnie wskazówką co do ilości krwinek białych jest grubość warstwy białej, tem znaczniejsza, im większy nadmiar krwinek białych. Spotykałem w przypadkach białaczki skrzepy pośmiertne nawet prawie całkowicie białe.

Z płynności krwi, jakości i ilości, dwuwarstwowości, barwy, spójności skrzepów można więc wysnuwać wnioski co do wadliwości krwi, a względnie stanu organizmu. Warstwa skrzepu białego, jaką w przypadkach dwuwarstwowości spotykamy, przypomina i odpowiada powłoce zapalnej, »crusta phlogistica s. inflammatoria«, dawniejszych patologów. Powłoka zapalna w ocenianiu zachorzenia organizmu odgrywała wówczas ważną rolę. Powłoka zapalna odgrywała ważną rolę w czasie, gdy upust krwi był leczniczo bardzo często stosowany, a zachowanie się krwi po wycofaniu jej z obiegu było wprawdzie podówczas tylko makroskopowo, ale bądź cobądź dokładniej oceniane. Z biegiem czasu w miarę jak upust krwi wychodził z leczniczego użycia, a tem samem i materyał do makroskopowego oceniania stanu krwi niknął, szczegół w postaci powłoki zapalnej ulegał zapomnieniu i dzisiaj mimo znowu leczniczo i rozpoznawczo stosowanego upustu krwi bodaj czy bywa uwzględniany.

Tak jak ze skrzepów pośmiertnych można i należy wysnuwać wnioski rozpoznawcze w ocenianiu stanu organizmu anatomicznie badanego i wciągać ten szczegół w ogólny bilans badania, tak samo oceniania czy leczniczo czy rozpoznawczo upuszczonej krwi pod względem makroskopowym co do chyżości krzepnięcia, t. zw. powłoki zapalnej, ilości krwinek przedewszystkiem białych, a niedostatek lub nadmiar krwinek białych w różnorodnych stanach chorobowych organizmu ma przecież także i przepowiednie znaczenie, może mieć dla lekarza znaczenie pomocnicze tem bardziej, gdy stosując upust krwi z zachowaniem wszelkich reguł jałowości, krew może prócz sposobności makroskopowego ocenienia jej stanu, niejako dorywczego jakkolwiek ważnego, badaną być jeszcze bakteryologicznie, mikroskopowo z uwzględnieniem jakości i ilości krwinek, mogą być przedsiębrane próby aglutynacyjne, wogóle serologiczne.

Cel niniejszej notatki: zwrócenie uwagi na znaczenie pomocnicze i ważność oceniania makroskopowego krwi w stanach chorobowych tak anatomicznie jakoteż klinicznie badanych.

Ze szpitala powszechnego w Nowym Targu.

Przepuklina oponowa krzyżowa przednia. (Meningocele sacralis anterior).

Opisał

Dr Wilhelm Türschmid,
kierownik szpitala.

Dnia 16. VII. b. r. przywieziono do szpitala powszechnego w Nowym Targu chorą z rozpoznaniem lekarskiem: »Tumor in pelvi minore cum symptomatibus incarcerationis«.

Chora, Anna Z., 21 lat licząca, podaje co następuje: Oboje rodzice pomarli na gruźlicę. Rodzeństwo zdrowe. Chora od dzieciństwa była słaba, często bolała ją głowa, to znów oczy, cierpiała też na bezsenność. Chorób zakaźnych nie przechodziła żadnych. Pierwsze miesiączkowanie w 19. r. ż., potem bardzo nieregularnie. Przed czterema laty zgłosiła się chora do lekarza w Z. z powodu ogólnego osłabienia i jakiegoś guza w brzuchu, a za poradą lekarza do kliniki chirurgicznej w Krakowie. Po dokładnem zbadaniu objaśniono chorą tamże, że musi się poddać operacyi — do zabiegu operacyjnego jednak nie doszło, bo chora gorączkowała codziennie do 39° i niedługo potem opuściła klinikę*).

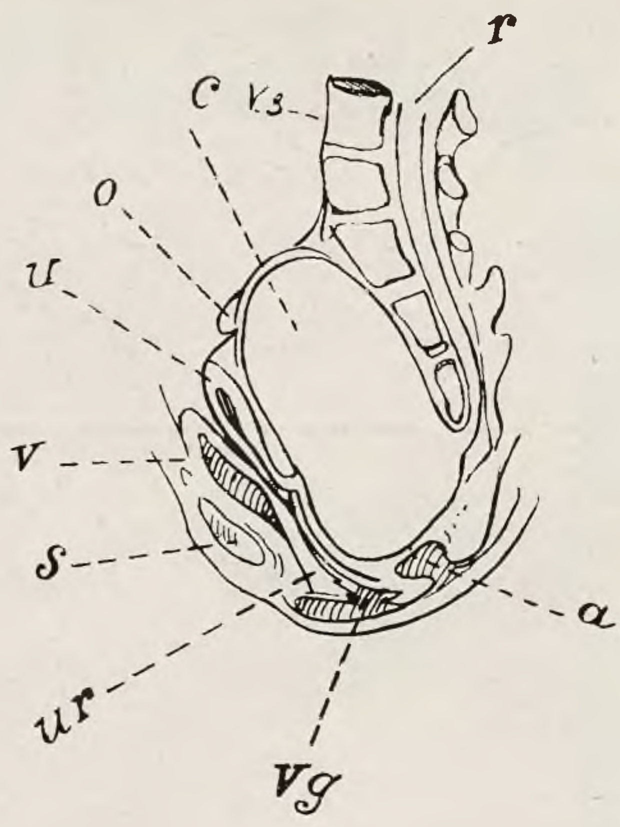
Od dwóch lat poczuła chora sama wyraźnie, że w brzuchu rośnie jakiś guz. Równocześnie wystąpiły trudności przy oddawaniu moczu i kału. Miesiączkowanie zatrzymywało się nieraz nawet na czas czteromiesięczny, potem powracało do dawnej nieregularności. W krzyżach odczuwała chora bardzo dotkliwy ból. Wszystkie te objawy potęgowały się stale tak, że chora nie mogła już przyjmować pokarmów z początku stałych, potem nawet płynnych, bo występowały wtedy silne bóle i utrudnienie, a nawet, jak w ostatnich dniach, zupełna niemożność oddania stolca i wiatrów i znaczne utrudnienie w oddawaniu moczu. Równocześnie guz w brzuchu urósł znacznie. W tym stanie z zupełnem zaparciem stolca i wiatrów od 4 dni zgłosiła się chora do szpitala.

Badanie, wykonane tutaj, wykazało, co następuje: Serce i płuca bez zmian. Ciepłota ciała prawidłowa. Brzuch wzdęty. Ponad spojeniem łonowem daje się wyczuć guz, sięgający na wysokość 4 palców ponad spojenie, elastyczny, silnie napięty, nieco bolesny. Poprzed guzem tym tuż za spojeniem łonowem, jakby wtłoczony do powłok brzusznych, daje się wyczuć guz inny, twardy, wielkości mandarynki, kształtu kulistego, z dwoma ku obu bokom gubiącymi się postronkami.

Próba zbadania oburęcznego przez odbytnicę nie daje się wykonać, gdyż opuszka palca wprowadzona do odbytu napotyka zaraz na przeszkodę, pochodzącą od guza napiętego, przylegającego do kości krzyżowej i zaciskającego prawie zupełnie światło odbytnicy. Wobec tego wykonałem badanie przez pochwę. Błona dziewicza utrzymana, kształtu pierścieniowatego, swobodnie przepuszcza opuszkę palca. Tuż poza wejściem do pochwy, od tylnej jej ściany wtłacza się w nie guz elastyczny, bardzo napięty, ten sam, którego dalszy ciąg daje się wyczuć w wysokości 4 palców ponad spojeniem łonowem. Ujście zewnętrzne macicy daje się osiągnąć końcem palca z wielką trudnością przy równoczesnem spychaniu guza od góry ku dołowi przyczem guz mniejszy kształtu mandarynki, przyparty przez większy ku przodowi tuż za spojenie, okazuje się dziewiczą macicą, wypchaną w zupełności z jamy miednicy przez guz wielkości głowy ludzkiej, zajmujący prawie całe wnętrze miednicy. (Patrz rycinę 1).

Rozpoznanie nasze wahało się między torbielą jajnikową śródwięzadłową, uwięzłą w jamie miednicy, a jakimś guzem, wychodzącym z kości krzyżowej lub też kręgosłupa.

Po odpowiedniem przygotowaniu chorej wykonałem otwarcie jamy brzusznej w linii środkowej i przekonałem się, że guz leży w jamie miednicy podotrzewnie. Macica, jajowody, jajniki



Ryc. 1.

Objaśnienie znaków: *c* meningocele, *o* ovarium, *u* uterus, *v* vesica, *s* symphysis, *ur* urethra, *vg* vagina, *a* anus, *v 3* vertebra lumbalis III.

i więzadła maciczne, wypchane z jamy miednicy, nie okazują żadnych zmian chorobowych. Po nacięciu otrzewnej w zagłębieniu (w naszym przypadku raczej wypukleniu!). Douglasa napotkałem guz wielkości głowy ludzkiej, niezmiernie napięty, który dał się od obu boków oddzielić od wiotkich tkanek, jedynie granice jego, sięgające znacznie w dół ku wyjściu z jamy miednicy, nie dozwalały na jego całkowite wyłuszczenie. Wobec tego, chcąc zmniejszyć objętość olbrzymiego guza, wypełnionego jakąś cieczą, wykonałem wśród wszelkich ostrożności jego nakłucie z aspiracyą płynu, który ku naszemu zdziwieniu okazał się płynem jasnym, surowiczym. (Badanie, wykonane w Zakładzie chemii lekarskiej Uniwersytetu Jagiell., potwierdziło identyczność płynu tego z płynem mózgowo-rdzeniowym, nizki ciężar gatunkowy, 0·04 białka, brak części morfotycznych i i.).

Po znacznem zmniejszeniu guza przez aspiracyę dał się on obejść i od dołu i tu przekonałem się, że wychodzi on z ujścia kanału kręgowego kości krzyżowej, który w tem miejscu był znacznie rozszerzony, tworząc prawdziwy wielki rozwór kości krzyżowej (hiatus sacralis). Obecności kości ogonowej nie stwierdziłem. (Patrz ryc. 2). Wobec tego wykonałem resekcyę guza u miejsca jego wyjścia z rozworu kości krzyżowej z zeszyciem otrzewnej ponad nim, poczem powłoki brzuszne zeszyłem w sposób zwykły.

Zabieg operacyjny zniosła chora bardzo dobrze, jedynie w chwili aspiracyi płynu z guza wystąpiło nieznaczne krótkotrwałe porażenie ośrodków oddechowych, zaznaczone zatrzymaniem oddechów, które po natychmiastowem ułożeniu chorej w pozycyi Trendelenburga minęło. W przebiegu gojenia się rany powłok — nie zaszło nic nieprawidłowego, tak, że 10. dnia wyjąłem szwy z powłok. Jedynie w miejscu wykonywanego wyłuszczenia guza utworzył się podotrzewny krwiak, który zropiał i został w 12. dniu po zabiegu, drogą nakłucia, otwarty nożem od strony odbytnicy.

W 2 tygodnie po zabiegu operacyjnym wystąpiły u chorej typowe objawy postępującego zapalenia opon mózgowych rdzenia i mózgu z nadzwyczaj silnymi, nieustającymi mimo wszelkich leków bólami głowy, wymiotami, bezsennością, nieznacznem porażeniem mięśnia dźwigacza powieki górnej oka lewego, wybitnym tężcem tylnym (opisthotonus), które to objawy raz nasilając się, to znów ustępując, wciąż przy wysokiej gorączce, ustąpiły wreszcie tak znacznie, że chora dnia 11. VIII. na własne żądanie opuściła szpital. Wedle listownej informacyi po 2 tygo-

---

*) Wedle osobistej informacyi, zasięgniętej potem w klinice, rozpoznano u chorej ropień zagłębienia Douglasa pochodzenia niewyjaśnionego. Nakłucie próbne, wykonane od strony odbytnicy, nie wykazało ropy, tylko płyn o charakterze płynu mózgowo-rdzeniowego. Wobec tego rozpoznano przepuklinę oponową krzyżową przednią, co potwierdziły także zmiany w ukształtowaniu kości krzyżowej, widoczne na płycie rentgenologicznej, oddanej życzliwie dla mojego użytku przez kol. Dr Hładija.



Ryc. 2.

dniach zmarła chora w domu wśród nieoznaczonych bliżej objawów zapalenia płuc.

Zapytać należy, jak tłumaczyć należy genetycznie to tak rzadkie zboczenie chorobowe, które wywołało w tym przypadku tak groźne objawy niedrożności, wymagające prawie natychmiastowego zabiegu operacyjnego?

Jak wiadomo, przepukliny rdzeniowe i oponowe wychodzą z kręgosłupa zwykle ku tyłowi, jako powszechnie znane rozszczepienie kręgosłupa (spina bifida posterior). Zależnie od tego, jakie części składowe rdzenia biorą udział w guzie, czy sama opona rdzenia, czy opona z częściami nerwowemi rdzenia, rozróżniamy przepukliny oponowe lub przepukliny rdzeniowe, lub też obie razem jako t. zw. przepukliny rdzeniowo-oponowe.

Przepukliny, wychodzące z przedniej części kręgosłupa, należą do wielkich rzadkości. Rozszczepienie kręgosłupa ku przodowi (spina bifida anterior) rzadko kiedy daje przyczynę dla operacyi, jedynie wtedy, gdy, jak n. p. w przypadku opisanym przez Kronera i Marchanda, zaszła pomyłka rozpoznawcza z torbielą jajnikową. W przypadku tym nakłucie torbieli wywołało śmiertelne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Do roku 1904 opisano ogółem 8 przypadków przepukliny oponowej przedniej, prawie bez wyjątku w krzyżowym odcinku kręgosłupa. W późniejszych latach opisali nowe przypadki tej rzadkiej wady rozwojowej Nieberding, Pupovac, Ruzsky, Faibairn i Oehlecker. Na szczególniejszą uwagę zasługuje praca Pupovaca, który przypuszcza, że w przypadkach przepukliny rdzeniowej krzyżowej przedniej chodzi o niedomknięcie się w życiu płodowem t. zw. kanału nerwowo-jelitowego (canalis neurentericus), łączącego cewkę nerwową z przewodem pokarmowym. Odmiennie znów tłumaczy powstanie tej wady Oehlecker. Autor ten, popierając zdanie Marchanda i Rindfleischa, że rozszczepienie kręgosłupa od tyłu jest genetycznie czemś zgoła odmiennem od rozszczepienia kręgosłupa od przodu, przekłada powstanie tej wady rozwojowej na drugi miesiąc życia płodowego, kiedy kręgosłup, zbudowany jeszcze z elementów błoniastych, zaczyna powoli przechodzić w tkankę chrząstkową i dozwala na ewentualną przednią przepuklinę rdzeniową.

Przypadek nasz, jako niezwykła rzadkość w kazuistyce guzów miednicy małej, zasługuje na ogłoszenie.

Piśmiennictwo. 1) Kroner-Marchand: Archiv für Gynaekologie. — 2) Nieberding: Münch. m. W. 1904. — 3) Pupovac: Arb. aus dem Gebiete der klin. Chirurgie 1905. — 4) Ruzsky: Refer. Zentr. f. Gyn. 1909. — 5) Oehlecker: Beitr. z. kl. Chir. Bd. LXI.

Oceny i sprawozdania.

Leczenie surowicami i szczepionkami bakteryjnemi.

Sprawozdanie poglądowe.

Podał Prym. Dr **Antoni Krokiewicz.**

(Dokończenie).

Macfadyen wytworzył surowicę antytoksyczną, wstrzykując śródżylnie kozom przez 4 tygodnie ciecz hodowli bakteryi tyfusowych, pozbawioną bakteryi. Surowica ta ma posiadać nietylko własności antytoksyczne, ale i aglutynacyjne i bakteryolityczne i w ilości 0·02 cm sz. zobojętnia 30-krotną dawkę śmiertelną toksyny tyfusowej. W początkach choroby zastosowana ma działać korzystnie.

Chantemesse wytworzył surowicę, wstrzykując koniom bakterye i toksyny tyfusowe, w szczególniejszy sposób przyrządzone. Tą surowicą, która ma mieć działanie zapobiegawcze, antytoksyczne i przeciwzakaźne, miał uzyskać w wielu przypadkach znaczne zmniejszenie śmiertelności. Zazwyczaj wykonywał 2 wstrzyknięcia podskórne na przedramieniu w ilości 10—15 cm sz. w odstępach kilkudniowych. Jeśli wykonał wstrzyknięcie przed ósmym dniem choroby, to nigdy nie było zejścia śmiertelnego. Działanie surowicy zazwyczaj następuje szybko i objawia się zmniejszaniem się gorączki i rozwolnienia. Im wcześniej się surowicę stosuje, tem lepsze wyniki. Jedynym objawem ubocznego działania bywa lekki rumień (erythema). Inni tego nie stwierdzają.

R. Kraus również wytworzył surowicę przeciwtyfusową, która ma posiadać własności antytoksyczne i bakteryotropiczne. Kraus zaleca swą surowicę wstrzykiwać podskórnie i śródżylnie w ilości 20—40 cm sz. W przypadkach niepowikłanych i w początku choroby ma opadać gorączka i poprawiać się stan podmiotowy chorego. O działaniu surowic Meyera, Bergela, Aronsohna nic stanowczego powiedzieć nie można.

Bassenge zapomocą lecytyny uzyskał wysokowartościową toksynę tyfusową, a wobec tego najważniejszego warunku dla otrzymania skutecznej antytoksyny, może uda się wytworzyć odpowiednią surowicę.

R. T. Hawlett otrzymał surowicę w ten sposób, że koniom wstrzykiwał sok komórkowy z tkanek ludzi chorych na tyfus. Ta surowica miała zarówno działać na endotoksynę tyfusową, jak i na bakterye tyfusowe. Nie działa ona szkodliwie na ustrój w ilości 10—20 cm sz., a wpływa korzystnie na przebieg choroby.

Wspomnieć należy o t. zw. wyciągu przeciwtyfusowym Jeża. Nie jest to przetwór bakteryi, ale wyciąg z narządów, t. j. ze szpiku kostnego, śledziony, tkanki nerwowej. Jeż opierał się się na spostrzeżeniu Wassermanna, że w pewnych narządach nagromadzają się ciała ochronne przeciwtyfusowe. Ta hypoteza mało znalazła uznania, a środek Jeża małe zastosowanie lecznicze. Według Waltera środek ten nie posiada wcale własności ochronnych.

A n t y g e n y (wywoływacze). Od czasu tuberkuliny Kocha podano różne przetwory tego rodzaju: najważniejsze z nich według porządku chronologicznego są następujące:

S t a r a t u b e r k u l i n a Kocha (Alt-tuberkulin). Wytwarzał ją Koch w ten sposób, iż hodowle prątków gruźliczych, silnie rozrosłych na powierzchni bulionu peptonowego z dodatkiem 4—5$^0/_0$ gliceryny wraz z breją odparowywał na łaźni wodnej do $^1/_{10}$ objętości i przesączał przez świeczki porcelanowe. Stara tuberkulina zawiera około 40$^0/_0$ gliceryny, składniki wyciągu mięsnego i peptonu z brei hodowlanej, tudzież ciała jadowite, które przedostały się w czasie rozrostu prątków do brei, jak: a) czyste toksyny, zmienione pod wpływem ogrzewania w ciepłocie około 100^0 C. i b) endotoksyny prątków, które w czasie odparowywania brei wydostały się i również przez ogrzewanie zostały zmienione. Ciała samych bakteryi, zatrzymane na sączku, zostały przez ogrzewanie zupełnie zniszczone. Środek ten w Niemczech pozostaje pod kontrolą państwową. Każdy numer fabryczny porównuje się z »Standard tuberkuliną« w ten sposób, że świnkom morskim, znajdującym się w tym samym okresie choroby, wstrzykuje się podskórnie odnośne ilości obydwu prze-

tworów. Zazwyczaj świnki morskie po zakażeniu prątkami gruźliczymi giną w 6 tygodni po wstrzyknięciu 0·05 – 0·1 cm »Standard-tuberkuliny«. Stara tuberkulina jest pierwszym przetworem tuberkulinowym, z którym wykonywano spostrzeżenia zasadnicze i używana bywa najbardziej do celów leczniczych u ludzi, a do celów rozpoznawczych tak u ludzi, jak i zwierząt. W ostatnich czasach pojawia się w handlu przetwór tuberkulinowy z prątków perlicy (typus bovinus), t. zw. »tuberculinum bovinum«, lecz jeszcze nie rozstrzygnięto, czy ma on jakie większe zalety od starej tuberkuliny. Tuberkulina stara, wytwarzana przez Mercka pod kontrolą państwową, znajduje się tylko w stanie zgęszczonym. Odpowiednich rozcieńczeń dokonuje się w aptekach, do tego przeznaczonych.

Nowa tuberkulina T. R. (Koch 1897). Chcąc wytworzyć istotę bakteryjną uodporniającą, t. j. taką, któraby dostarczała ustrojowi własności bakteryobójczych (czego nie może sprawić tuberkulina stara z powodu jej przeważnie toksycznego charakteru), podał Koch następujący sposób wytwarzania swego drugiego przetworu tuberkulinowego. Bakterye, oddzielone od cieczy hodowlanej, wysusza się i następnie bez wszelkiego dodatku dopóty się rozciera w moździerzu, aż drobnowidowo stwierdzi się bardzo nieliczne całe prątki. Proszek zarabia się wodą przekroploną i mieszankę tę silnie odwirowuje. Pierwsza ciecz odlana (T. O.), opalizująca i w swych własnościach bardzo zbliżona do starej tuberkuliny, nie jest do użycia; resztę (T. R.) suszy się dalej, rozciera, odwirowuje po rozcieńczeniu wodą, odlewa ciecz i zachowuje, a osad dalej się wysusza. Tak dalej się postępuje kilka razy, dopóki wszystkie stałe części hodowli nie przejdą do cieczy odlewanych. Te ciecze zlewa się razem, przez co otrzymuje się T. R., która zawiera około 50% części składowych bakteryi, (gdy drugie 50% zawiera T. O.). Ponieważ T. R. zawiera tylko mniej, niż połowę rozpuszczalnych endotoksyn, a nie zawiera toksyn gruźliczych, przeto nie może stanowić skutecznego antygenu do uodporniania i została przez samego Kocha zaniechana na korzyść jego trzeciego przetworu tuberkulinowego.

Tuberkulol Landmanna (1898). Do wytwarzania tuberkulolu skłoniła Landmanna okoliczność, że uodpornianie przeciw gruźlicy może nastąpić tylko jadem gruźliczym, bez zarzutu wytworzonym. Wymaga on, aby jad gruźliczy w ten sposób został przyrządzony, iżby napewno zawierał wszystkie, możliwie niezmienione, swoiście działające składniki, które można uzyskać z hodowli prątków gruźliczych. Tym warunkom nie odpowiada żaden z przetworów tuberkulinowych. Landmann wytwarza swój tuberkulol w ten sposób, że najpierw breję hodowlaną, t. j. toksyny (wydzieliny bakteryi), nie ogrzewając, zagęszcza w próżni (vacuum), conajwięcej przy 37° C. Do tego przetworu, zawierającego niezmienione toksyny, dodaje następnie endotoksyny (wyciągi bakteryi), w ten sposób sporządzane, że bakterye, roztarte z wodą przekroploną, wytrawia najpierw przy obojętnej ciepłocie. Ten pierwszy wyciąg odwirowuje i wytrawia ponownie osad bakteryi przy wyższej ciepłocie. To postępowanie powtarza ciągle przy coraz to wyższej ciepłocie (aż do 100° C.), poczem te wyciągi zlewa razem i w próżni zagęszcza. Oczywista zatem korzyść, że ciała, dające się wytrawić przy niższej ciepłocie, nie ulegają niepotrzebnie ogrzewaniu i że w nich te składniki się znajdują, które z powodu zawartości wosku w bakteryach tylko na gorąco mogą być uzyskane. Tuberkulol tem się wyróżnia od innych tuberkulin, że można go wypróbować bez zarzutu na zdrowych zwierzętach, gdyż zazwyczaj 1 cm³ zabija po wstrzyknięciu podskórnem świnkę morską, ważącą 230 grm. Że metoda ta jest konieczna do otrzymania wszystkich skutecznych składników z hodowli gruźliczych, wynika stąd, że tuberkulol po ogrzaniu do 100° C. traci część swego działania. Merck zagęszcza i oddaje do handlu tuberkulol w 4. odmianach, jedna od drugiej dziesięciokrotnie słabszych. Rozczyn I. i II. daje się bez zmian utrzymać blizko ½ roku; rozcieńczenia III.—V. wytrzymują bez rozkładu co najwyżej 3—4 miesiące. Rozcieńczenia III.—V. może wykonywać lekarz. Rozczyn I. można otrzymać tylko z najlepszych, wybranych hodowli (1 cm³ tuberkulolu musi być droższy, niż 10 cm³ rozczynu II). Dla poszczególnych celów można nabywać oddzielnie oba składniki tuberkulolu. Merck nazywa powyżej otrzymany przetwór: tuberkulol A.; przetwór zawierający składniki otrzymane z ciał bakteryi (wyciągi): tuberculol B — a zawierający składniki z cieczy hodowlanej (wydzieliny); tuberkulol C. Przetwory z prątków perlicy analogiczne do tuberkulolu A nazywa: tuberkulol D, a jego części składowe: tuberkulol E i J. Pod nazwą: »Borotuberkulol« znajduje się w handlu 50% rozczyn tuberkulolu D, bardzo nadający się do wykonywania odczynu spojówkowego.

Tuberkulina Denysa (1898). Denys, podobnie jak Landmann, utrzymuje, że działanie toksyny gruźliczej osłabia się przez ogrzewanie; polecił on dla celów leczniczych niezagęszczoną breję hodowlaną, którą przesącza przez świeczki dla uwolnienia od prątków. Tuberkulina Denysa odpowiada zatem jednemu ze składników tuberkulolu z tą różnicą, że nie ulega zagęszczeniu i nie może być z tego względu wypróbowana na zwierzęciu co do swej wartości. Endotoksyn nie zawiera.

Nowa tuberkulina (zawiesina prątków) Kocha (1901). Przy sposobności sprawdzania spostrzeżeń Arloinga nad aglutynacyą prątków gruźliczych przez surowicę chorych na gruźlicę wykazał Koch, że udaje się wzmódz wartość aglutynacyjną surowicy zwierząt aż do 1/300 przez szczepienie ich roztartymi prątkami gruźliczymi. Sądząc, że siła aglutynacyjna pozostaje w pewnym stosunku do odporności, przynajmniej w początkach uodporniania i że siła aglutynacyi stanowi temsamem probierz dla uzyskanej odporności, polecał on tenże przetwór do uodporniania, t. j. do leczenia gruźlicy u ludzi. Przetwór ten stanowi zawiesina zasuszonych pyłkowato roztartych prątków gruźliczych. Nowa tuberkulina zawiera zatem całą masę ciał prątków, gdy prątki T. R. przez wytrawianie wodą utraciły około 50% swych stałych składników. Z T. R. posiada nowa tuberkulina tę wspólną własność, że nie tworzy rozczynu, lecz stanowi zawiesinę najdrobniejszych cząstek. Nowa tuberkulina nie może być badana przez doświadczenie na zwierzęciu.

Tuberkulina Beranecka (1903). Beraneck usiłował wytworzyć tuberkulinę, w którejby się znajdowały ile możności niezmienione jady z cieczy hodowlanej i ciał bakteryi. Uważa on za korzystne hodować prątki na miazdze mięsnej bez dodatku peptonu i sądzi, że osiąga swój cel i otrzymuje niezmienione endotoksyny przez to, iż wytrawia prątki 1% rozczynem kwasu fosforowego przy 60—70° C. Tuberkulina Beranecka, polecana przez Sahliego, znajduje się w handlu w bardzo znacznem rozcieńczeniu. Rozczyn najsilniejszy (H) odpowiada mniej więcej rozcieńczonej siedmiokrotnie brei hodowlanej. Badanie co do zawartości jadu tego przetworu (H) na zwierzęciu jest dlatego niemożliwe.

Tuberkulina-Vacuum. Jest to zagęszczona w próżni breja hodowlana prątków, z której poprzednio zostały prątki wydalone przez przesączenie. Zawiera niezmienione toksyny, a nie zawiera endotoksyn; posiada zatem własności odpowiadające jednemu z przetworów tuberkulolu Landmanna. Tuberkulinę tę wytworzył Koch. Spengler badał ten przetwór na zlecenie Kocha; nie zalecił go jednak do stosowania praktycznego.

Endotin. Jest to przetwór tuberkulinowy, który się ma odznaczać niezwykłą czystością. Stosowali go Gabrylowitsch, Hirschberg, Neumann i Gordon. Według G. Jochmanna i Möllera zawiera on bardzo mało składników swoistych, a zwłaszcza właściwych starej tuberkulinie i ma mniejszą wartość, niż inne tuberkuliny.

Tuberkulina Kocha, nie zawierająca albumoz. Przetwór ten różni się od tuberkuliny Kocha, że wytwarzany bywa na pożywce, nie zawierającej białka i wobec tego nie zawiera albumoz tej pożywki; wyrabiany jest przy zwykłej ciepłocie i okazuje własności takie, jak tuberkulol Landmanna.

Tuberkulina Rosenbacha. Odmienną istotnie jest tuberkulina, którą Rosenbach wytwarza przy współudziale procesów biochemicznych, wywołanych na tej samej pożywce równoczesnym rozwojem prątków gruźliczych i grzyba »trichophyton holosericum«. Pod wpływem tego grzyba zmieniają się lub niszczeją podatniejsze jadowite składniki tuberkuliny, a pozostają trwalsze, uodporniające. Wskutek tego ma powstawać tuberkulina mniej jadowita, którą można stosować w większej dawce. Wstrzykuje się ją podskórnie w gruźlicy płuc, a miejscowo w tkanki w toczniu i w przypadkach gruźlicy chirurgicznej.

Stosowanie przetworów tuberkulinowych. Leczenie tuberkulinami stało się specyalnością sanatoryów. Sprawozdania z tych zakładów rzecz bliżej wyświecają. Przy leczeniu tuberkuliną należy wogóle zważać na dawkę początkową, na przerwy pomiędzy wstrzykiwaniami, stopniowanie dawek, dawkę maksymalną i trwanie leczenia.

Na początku należy stosować taką dawkę, aby nie było żadnego odczynu po jej wstrzyknięciu. Przy wszystkich przetworach tuberkulinowych, znajdujących się w handlu, oznaczony jest najsilniejszy rozczyn jako: Solutio Nr I.; z tego robi się rozcieńczenia 10, 100, 1000, 10000 krotne (z rozczynem fizyologicznym soli kuchennej i z dodatkiem 0·5% fenolu), jako: Sol: II, III, IV, V. Solutio V. zawiera w 1 cm³ 0·0001 tuberkuliny. Zapomocą dobrej strzykawki można odmierzyć dokładnie 0·00001 tuberkuliny. Tą dawką początkową zazwyczaj i przy najsilniej-

szych przetworach tuberkulinowych w nader rzadkich przypadkach można wywołać po wstrzyknięciu nieznaczny swoisty odczyn. Należy pamiętać, że niekiedy już samo ukłucie igłą (injectio vacua) lub wstrzyknięcie soli kuchennej może wywołać podniesienie się ciepłoty.

Stopniować dawkę należy nie w ułamkach 1 cm³, ale w ułamkach ostatniej dawki wstrzykniętej. Podwyższenie dawki n. p. o 0·01 cm³ ma zupełnie inne znaczenie dla chorego, któremu wstrzyknięto 0·01 cm³, niż gdy ten chory otrzymał podskórnie 0·8 cm tuberkuliny. W tym drugim przypadku dawka wzmaga się o $^1/_8$, a w pierwszym o $^1/_1$, t. j. podwaja. Trzeba ją zatem zawsze dokładnie obliczyć według ilości ostatnim razem wstrzykniętej. Za normalne średnie stopniowanie dawki uważa się dawkę o połowę większą, t. j. tę, którą z 2 na 3 lub z 4 na 6 przedziałek strzykawki się powiększa. Jeśli tę dawkę stosuje się kilkakrotnie bez wywołania odczynu, to można po pewnym czasie odważyć się na dawkę silniejszą, n. p. podnieść o $^1/_1$ t. j. podwoić, dopóki nie wystąpi odczyn. Na odwrót, jeśli wzmożenie dawki o połowę wywoła za silny odczyn, to zwiększa się dawkę o $^1/_8$ lub $^1/_4$ — lub wstrzykuje się tę samą ilość kilkakrotnie (wzmożenie 0). Za odczyn należy uważać każde podniesienie się ciepłoty, które można w krzywej zauważyć, a więc już stałe podniesienie się ciepłoty po wstrzyknięciu o 2—3 przedziałki. Według jednych po wstrzyknięciu nie powinno być odczynu; według drugich jest on konieczny od czasu do czasu dla korzystnego leczenia.

Przerwy wstrzykiwań. Zwykle wstrzykuje się w odstępach 2—3-dniowych; jeśli ciepłota podniesie się wyżej niż o 1°, to należy przeczekać kilka dni, a przy silniejszej ciepłocie zarządzić dłuższą przerwę. Pod koniec leczenia, skoro się stosuje dawki większe, wskazana jest między wstrzyknięciami przerwa 2—4-tygodniowa.

Dawka maksymalna nie przekracza 1 cm³ przy rozczynach najsilniejszych; zwykle do tej dawki się nie dochodzi.

Trwanie leczenia 3—4 miesiące i znacznie dłużej. Petruschky polecał leczenie etapowe, t. j. po 3-miesięcznem leczeniu robi przerwę 3—4 miesięcy i powtarza je 4 razy. Najwłaściwiej stosować dawkę maksymalną, którą chory dobrze znosi, co 4 tygodnie i powtarzać 5—8 razy. Siegismund badał rozmaite przetwory tuberkulinowe, w handlu się znajdujące, jak tuberkulinę Dohna, Beranecka, berneńską i tuberkulol. Najsłabszą jest tuberkulina Beranecka.

Ciała ochronne Behringa przy błonicy. Surowica lecznicza przeciwbłonicza używana bywa nietylko do celów leczniczych, ale i zapobiegawczych. Szczepienie ochronne chroni na 14 dni, a powtórne wstrzyknięcie surowicy z powodu zawartości odmiennego białka wywołuje objawy nadwrażliwości. Bierne uodpornianie, pomimo znakomitych wyników stosowania surowicy, przy zwalczaniu epidemii okazało się nie zawsze wystarczającem. Doniosłe znaczenie mają wyniki nowszych badań Behringa, dotyczące czynnego uodporniania, które zapewnia ustrojowi ochronę na dłuższy czas. Nowy środek polega na spostrzeżeniu Behringa, że toksyny i antytoksyny błonicze nie zobojętniają się »in vitro« i nie następuje »in vitas« zniszczenie jadu toksyny, jak dotychczas sądzono. Mogą zatem być używane mieszanki toksyn i antytoksyn w pewnym stosunku, w celu wywoływania odporności. Ta surowica lecznicza nowa jest tylko wyłącznie środkiem ochronnym; dla celów leczniczych nie może mieć zastosowania. Jest ona dotychczas jako środek nowy, tylko na klinikach próbowana; może jednak znaleźć rozległe zastosowanie w szpitalach, szkołach, domach sierocych i t. d. Jest nieszkodliwa; po wstrzyknięciu jej podskórnem, śródżylnem, śródmięśniowem, powstaje tylko miejscowy odczyn w postaci zaczerwienienia, obrzęku i bolesności (w miejscu wstrzyknięcia) lub obrzęku gruczołów chłonnych sąsiednich. Rozpoczyna się (jak przy stosowaniu tuberkuliny) małemi dawkami i zwiększa się je aż do wystąpienia odczynu. Odporność występuje dopiero po 3 tygodniach i prawdopodobnie utrzymuje się latami. W niektórych przypadkach można było stwierdzić siłę niweczników do 600.000 I. E. Prawdopodobnie środek ten nie wywołuje nadwrażliwości. Korzystne spostrzeżenia opisali Zangenmeister, Viereck, Hahn, Schreiber, Eckert.

W celu umożliwienia stosowania leczenia szczepionkami (vaccinae), wyrabia Merck zawiesiny z dwoinek wiewiórowych, prątka okrężnicy, dwoinek zapalenia płuc, prątka czerwonki, gronkowców, paciorkowców, prątka durowego, prątka gorączki maltańskiej, prątków gruźliczych. Zawiesiny te sporządzane są w oddziale serologicznym Mercka z mieszaniny rozlicznych szczepów odnośnej bakteryi w rozczynie soli kuchennej z dodatkiem 0·5% fenolu. Bakterye pozostają dopóty w ciepłocie 60°—70°, dopóki zupełnie nie zostaną zniszczone, zabite. Szczepionka Nr I. zawiera w 1 cm³ 400 milionów zarazków, a szczepionka Nr II. w 1 cm³ 40 milionów zarazków. Szczepionki (w 5 cm³ flaszeczkach) nie ulegają zmianie przez kilka miesięcy. Na życzenie

wytwarza Merck i »autovaccinae«, t. j. szczepionki z bakteryi wyhodowanych u chorych w pojedynczych przypadkach. Korzystne wyniki leczenia podają przy stosowaniu szczepionki z gonokoków przy tryprze i tegoż powikłaniach (prostatitis, arthritis); przy stosowaniu szczepionki gronkowcowej w przebiegu zakażenia gronkowcami (acne, furunculosis, eczema, mastitis, otitis purulenta, abscessus nasi); przy stosowaniu szczepionki z paciorkowców w przebiegu zakażenia paciorkowcami (febris puerperalis, scarlatina, abscessus, phlegmone, erysipelas, polyarthritis rheumatica, infectio mixta tuberculosa); przy stosowaniu szczepionki z pneumokoków przy zapaleniu płuc, wrzodzie pełzającym rogówki i zapaleniu wyrostka robaczkowego i t. d.

Przez leczenie szczepionkami osiągamy czynne uodpornienie ustroju zakażonego. Przez wprowadzanie coraz to większej ilości takich szczepionek wytwarzają się szybciej ciała ochronne, aniżeli się to dzieje w ognisku chorobowem. Leczenie szczepionkami polega zatem na tych samych zasadach, co szczepienie zapobiegawcze ochronne przeciw dżumie, cholerze, durowi i t. d. i na podstawie spostrzeżeń, poczynionych przy uodpornianiu zwierząt w celu otrzymywania antytoksyn. W gruźlicy różni się leczenie szczepionkami od leczenia metodą Kocha t. j. stosowania zawiesiny prątków tylko tem, że Wright działania pojedynczych dawek nie ocenia, jak Koch, po objawach klinicznych, lecz czyni dawkę i czas poszczególnych wstrzykiwań zależnemi od ilości opsonin, zawartych we krwi chorego.

To oznaczanie wskaźnika opsonicznego zaniechane zostało w praktyce jako zbyteczne i uciążliwe. Obecnie kierujemy się przy leczeniu szczepionkami temi samemi zasadami, jak przy doświadczalnem uodpornianiu, t. j. spostrzega się klinicznie jak najściślej odczyn i stan podmiotowy u chorego po wstrzyknięciu. Odczyn ten polega na zaburzeniach w stanie podmiotowym chorego lub na gorączce, bólach i obrzękach w miejscu wstrzyknięcia. Najlepiej postępować następująco: Rozpoczyna się dawką 0·1 cm³ szczepionki Nr II i podwaja ją przy każdem następnem wstrzyknięciu, aż dojdzie się do 1 cm³ szczepionki Nr I. Ta dawka przy przewlekłych chorobach może być stosowana przez dłuższy czas. Jeśli wystąpi jakikolwiek odczyn, to ostatnią dawkę powtarza się bez jej podwyższania. Przerwy między wstrzyknięciami przy stosowaniu małych dawek, a przy większych aż do wystąpienia odczynu mogą wynosić 2—4 dni. W razie wystąpienia odczynu należy przeczekać, dopóki nie ustąpi ból miejscowy i potem jeszcze najmniej 8—10 dni. Jeśli dawka doszła do 1 cm³ szczepionki Nr I, to wstrzykuje się tę ilość 8—14 dni przez miesiące. Miejsce wstrzyknięcia dowolne; wstrzykiwania należy wykonywać wśród najściślejszej antyseptyki.

Leczenie antygenami ma wiele widoków w zakażeniu gronkowcami, w długotrwałych zakażeniach paciorkowcami, w ostrym gośćcu stawowym, w zapaleniu tryprowem najądrza i w zakażeniu dróg moczowych prątkiem okrężnicy.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 24. Kraków, 14. czerwca 1919. Rok LVIII.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28
Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2
Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Rok LVIII Kraków, 14. czerwca 1919. Nr. 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

O zeskórnieniu oka.

(Na podstawie spostrzeżenia klinicznego)

Podał

Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Zeskórnieniem czyli kserozą nazywamy w patologii ocznej szczególną zmianę wejrzenia i własności warstwy nabłonkowej, względnie i głębszych warstw spojówki lub rogówki, zmianę, polegającą na tem, że powierzchnia tych błon traci połysk, staje się całkiem suchą i przybiera barwę szarobiaławą lub białą. Łzy zeskórniałej spojówki wcale nie zwilżają, lecz spływają po niej, jak woda po zatłuszczonym papierze. Zeskórnienie bywa często ograniczone do poszczególnych miejsc powierzchni oka, n. p. do okolic spojówki gałkowej po obu stronach rogówki w obrębie otwartej szpary powiekowej. Są to znane plamki Bitôta[1], kredowo białe, bez połysku, utworzone z delikatnej, jakby przyschniętej pianki, która się składa z bardzo drobnych pęcherzyków. Łzy ześlizgują się po tych miejscach, nie zwilżając ich wcale. Plamki Bitôta stanowią, jak wiadomo, częsty objaw towarzyszący kurzej ślepocie (hemeralopia), która występuje na tle ogólnego wyniszczenia i osłabienia ustroju wskutek niedostatecznego odżywiania, a także w przebiegu pewnych chorób przemiany materyi. Ten rodzaj zeskórnienia dotyka tylko powierzchownej, nabłonkowej warstwy spojówki i nosi dlatego nazwę »xerosis epithelialis«.

Patogeneza tej postaci zeskórnienia nie została dotąd bliżej wyjaśniona. Nawiasem wspomnę tylko, że tak często i w wielkich ilościach wśród zeskórniałego nabłonka spotykane prątki kserozy, opisane już w r. 1874 przez Bezolda[2], dokładniej zbadane w r. 1881 przez Reymonda i Colomiattiego[3], a przez Kuschberta i Neissera[4] w r. 1882 uznane za czynnik etyologiczny nabłonkowego zeskórnienia spojówki, — mają tylko znaczenie saprofitów, znajdujących na suchem, łzami nie zwilżanem podłożu szczególnie korzystne warunki dla swego rozwoju. Znaczenia etyologicznego nikt im dziś już nie przypisuje.

Zeskórnienie nabłonkowe nie przedstawia zazwyczaj dla oka żadnego niebezpieczeństwa. Z poprawą ogólnego stanu ustępuje, jak wiadomo, hemeralopia i równocześnie znikają plamki Bitôta. W niektórych tylko przypadkach ciężkiego charłactwa, zwłaszcza powstającego u osesków na tle zaburzeń w trawieniu, zeskórnienie obejmuje także rogówkę, która wnet ulega głębokiemu nacieczeniu, a wreszcie zupełnemu rozpadowi (keratomalacia infantum). Te wyjątkowo ciężkie przypadki kończą się prawie zawsze śmiertelnie.

Całkiem inne znaczenie ma tak zwana »xerosis parenchymatosa«. Powstaje ona z przyczyn miejscowych, w samem tylko oku działających. W tych przypadkach zeskórnienie sięga do głębszych warstw spojówki, która okazuje równocześnie wysokiego stopnia zbliznowacenie. Na rogówce sprawa kserotyczna wnika również głębiej, do przedniej warstwy właściwego miąższu, wywołując przez to nieraz znaczną utratę przeźroczystości. Przypadki, w których cały worek spojówkowy wraz z rogówką okazuje wysoki stopień zeskórnienia miąższowego, określamy nazwą kseroftalmii. Stan taki bywa zwyczajnie następstwem daleko posuniętego zbliznowacenia spojówki, do którego doprowadzić mogą różne sprawy chorobowe takie, jak ciężka, długie lata trwająca jaglica, albo pęcherzyca spojówki, występująca w przebiegu pęcherzycy ogólnej, wreszcie zapalenie błonicze spojówki. Rzadziej powstaje kseroftalmia po rozległych oparzeniach spojówki, szczególnie po oparzeniach chemicznych.

Całkowite zbliznowacenie spojówki powiek i załamków i następne kurczenie się bliznowatej tkanki nietylko wytwarzą taśmowate, błoniaste, płetwowate zrosty powiek z gałką oczną, zupełne zarośnięcie załamków i znacznego stopnia unieruchomienie gałki, ale zarazem sprowadza zarośnięcie wylotów gruczołu łzowego głównego, oraz rozsianych po spojówce powiek małych gruczołów łzowych Krausego. Wszystkie te gruczoły ulegają z czasem następowemu zanikowi i wydzielanie łez całkowicie ustaje. Równocześnie zarastają zazwyczaj bez śladu punkty łzowe, wiodące do przewodzików i do przewodu nosowołzowego. Brak wydzieliny łzowej sprawia, że oko staje się zupełnie suche. Skutkiem tego i powierzchnia rogówki zatraca wszelki połysk, staje się matową, chropowatą, a w dodatku pokrywa się złogami złuszczonego i zeschłego nabłonka. Tem samem bystrość wzroku, nawet przy braku innych zmian na rogówce, jak łuszczka, nacieki, owrzodzenia, blizny lub plamy, ulega bardzo znacznemu upośledzeniu. Wrażliwość na dotyk spojówki, a nawet rogówki zeskórniałej jest w wysokim stopniu przytępiona tak, że zaledwie na silniejsze potarcie rogówki oko odpowiada zaciśnięciem powiek, a podrażnienie takie wobec zupełnego zarośnięcia wylotów gruczołów łzowych nie może wcale wywołać łzawienia. Mimo tego względnie znacznego znieczulenia rogówki i spojówki chory odczuwa suchość oka w sposób bardzo przykry, ale nadewszystko cierpi z powodu stale postępującego pogarszania się wzroku.

Obraz kliniczny miąższowego zeskórnienia oka jest tak uderzający i tak znamienny, że narzuca wprost podejrzenie, czy nie mamy tu przed sobą choroby ocznej sui generis. W każdym razie zastanowić musi każdego, że na olbrzymią ilość chorych ze zbliznowaceniem spojówki powiek i załamków, zwłaszcza w następstwie przebytej ciężkiej jaglicy, do prawdziwej kseroftalmii dochodzi tylko w znikomo małej liczbie przypadków. Dla mnie wydaje się najprawdopodobniejszem przypuszczenie, że dopiero zupełne i całkowite ustanie wydzielania łez stwarza warunki, wśród których nieuchronnie rozwija się kseroftalmia. Nasuwa się tutaj pewna analogia, zaczerpnięta z patologii ocznej: Wiadomo, że całkowite przyrośnięcie brzegu źrenicznego do torebki soczewki w następstwie plastycznego zapalenia tęczówki, tak zwana »seclusio pupillae«, powoduje nieuchronnie jaskrę następową. Otóż, dopóki mimo licznych tylnych przyczepów, szerokich i zwartych, istnieje gdziekolwiek na obwodzie źrenicy choćby jedna jeszcze wązka szczelinka, umożliwiająca komunikacyę między przednią a tylną komorą, dopóty oko zachowuje się spokojnie i napięcie wśródgałkowe jest prawidłowe. Skoro tylko, — skutkiem nowego zaostrzenia się sprawy zapalnej, — zarośnie ta ostatnia szczelina, natychmiast wybucha jaskra następowa ze wszystkimi groźnymi objawami i zgubnemi następstwami dla wzroku. Zupełnie analogicznie można sobie wyobrazić, że, jak długo wśród ogólnego zbliznowacenia worka spojówkowego czyto wskutek jaglicy, czy w następstwie pęcherzycy lub błonicy, istnieje jeszcze choćby jeden gruczolik łzowy zachowany i ten, chociaż skąpo, utrzymuje przecież w stanie wilgotnym powierzchnię spojówki i rogówki, — oko, które zresztą może przedstawiać daleko posunięte zmiany wskutek skrócenia załamków, podwinięcia powieki (entropion), podwinięcia rzęs, łuszczki na rogówce i t. d., — nie okazuje jednak jeszcze żadnych objawów zeskórnienia. Obraz zmieni się jednak natychmiast, skoro tylko

zarośnie i wyschnie to ostatnie źródełko wilgoci. Wtedy szybko zaczyna rozwijać się zeskórnienie i zrogowacenie najpierw warstwy nabłonkowej, a wnet za nią i głębszych warstw spojówki i rogówki.

Taki pogląd na patogenezę zeskórnienia miąższowego wypowiedział już w r. 1803 Schmidt[5], ale Ammon[6] (1831) podniósł pierwsze wątpliwości, a za nim Chelius, Weber[7] i inni odmawiają brakowi łez wszelkiego znaczenia i przyjmują raczej wyłącznie zapalne tło dla tej anatomicznej zmiany spojówki. Powołują się oni między innemi na przypadki wywinięcia powieki (ectropion), gdzie odwinięta na zewnątrz część spojówki ulega zeskórnieniu miąższowemu, choć wydzielanie łez odbywa się prawidłowo. Zapominają jednak, że właśnie tej odwiniętej i na wysychanie narażonej części spojówki łzy nie zwilżały wcale i że w tem może tkwić przyczyna jej zeskórnienia. Niemniej jednak w dziele Graefego-Saemischa[8] owa pierwotna hipoteza, że dopiero zupełny brak wydzieliny łzowej wytwarza kseroftalmię, przedstawiona jest jako pomysł ostatecznie pogrzebany. Mojem zdaniem przedwcześnie i może niesłusznie, bo właśnie w przebiegu przypadku, którego historyę podam poniżej, miałem sposobność spostrzegać pewne powikłanie, które nabrało poniekąd znaczenia eksperymentu patologicznego i które conajmniej przemawia za tem, że stałe zwilżanie wodą worka spojówkowego stanowi czynnik, wyłączający istnienie i utrzymywanie się objawów zeskórnienia miąższowego. Stąd prosty wniosek, że na oku nie zwilżanem łzami zupełnie, jeśli nie musi, to w każdym razie może rozwinąć się zeskórnienie miąższowe, że zatem brak łez odgrywa conajmniej rolę czynnika sprzyjającego powstaniu tej zmiany. Do przedmiotu tego będę zatem musiał powrócić jeszcze po przytoczeniu historyi choroby mojego przypadku.

Badanie mikroskopowe zeskórniałych miejsc spojówki wykazuje w przypadkach zeskórnienia nabłonkowego zgrubienie nabłonka, którego płaskie komórki powierzchowne są wyraźnie zrogowaciałe (Fuchs). Komórki głębsze zawierają liczne ziarenka eleidyny Ranviera (keratohyaliny według Waldeyera). Barwliwość tych komórek jest bardzo zmniejszona. Wiele z nich okazuje wyraźne zwyrodnienie tłuszczowe. Spotyka się też liczne kropelki tłuszczu poza obrębem komórek. Pochodzą one prawdopodobnie z wydzieliny gruczołów Meiboma. Pianka, która często pokrywa miejsca zeskórniałe na spojówce gałkowej (plamki Bitôta), składa się z nawpół przyschłego śluzu, otaczającego pęcherzyki powietrza, i zawiera równocześnie złuszczone komórki nabłonkowe i kropelki tłuszczu. Różnica między zeskórnieniem nabłonkowem a miąższowem polega głównie na tem, że w zeskórnieniu miąższowem zmiany anatomiczne sięgają do głębszych warstw spojówki, a w rogówce nieraz do przednich pokładów właściwego jej miąższu (stratum proprium corneae). Nadto bardzo silnie rozwinięta jest tkanka łączna bliznowata, zaciskająca całkowicie światło przewodów gruczołowych. Gruczoły łzowe, zarówno wielkie (Galena i Rosenmüllera), jak i drobne, rozsiane po spojówce (Krausego), przedstawiają w późniejszych okresach choroby obraz daleko posuniętego zaniku.

Przypadki takiego krańcowego zeskórnienia rogówki i spojówki, połączonego z przyrośnięciem powiek do gałki ocznej, są niewątpliwie niezmiernie rzadkie. Są to jednak zarazem przypadki dla okulisty praktyka wysoce niemiłe, bo stoimy prawie bezradni wobec nieubłaganie postępującej sprawy zarastania worka spojówkowego, zacieśniania się i zwężania szpary powiekowej i stopniowego zaćmiewania się rogówki, z równoległym zanikiem wzroku. Od dawnych też czasów wysilali się okuliści nad wynalezieniem sposobu, któryby umożliwiał przynajmniej powstrzymanie postępów tej choroby i uratowanie choć części zagrożonego wzroku. W pierwszej linii zalecano pewne zabiegi operacyjne. Próbowano operować tworzące się zrosty w załamkach spojówkowych. Wiemy z doświadczenia, jak trudne to i niewdzięczne zadanie. Jeszcze w przypadkach, gdzie n. p. po jakiemś dawnem sparzeniu oka wapnem, kwasem, czy stopionym metalem istnieje gotowy zrost mostkowaty między powieką a gałką, albo nawet tak zwane »symblepharon posticum«, sięgające aż do załamka, rozporządamy sposobami operacyjnymi i zabiegami mechanicznymi, które nam umożliwiają trwałe i doszczętne usunięcie tych zboczeń i rozdzielenie zrośniętych części. Ale tutaj mamy do czynienia nie tyle i nietylko z gotowymi zrostami, jak raczej z niepowstrzymanie postępującem zarastaniem worka spojówkowego. Chodziłoby tu więc przedewszystkiem o usunięcie tej fatalnej dążności do zarastania, co tylko przez usunięcie sprawy kserotycznej byłoby możliwe. A otóż właśnie wobec postępów tej zagadkowej zmiany patologicznej jesteśmy zupełnie bezsilni. Dlatego już dawno zwrócono się w innym kierunku i zamiast przecinać istniejące i świeżo tworzące się zrosty, poczęto myśleć o ochronie samej przynajmniej rogówki przed wysychaniem i zeskórnieniem, a to przez czasowe zeszycie powiek (blepharorrhaphia).

I tak Buller[10] w jednym przypadku kseroftalmii uzyskał pewną poprawę wzroku i zmniejszenie dolegliwości podmiotowych zapomocą następującego zabiegu. Po należytem okrwawieniu brzegów powiekowych zeszył starannie powiekę górną z dolną, zostawiając z rozmysłu tylko kilka mm niezaszytej szpary po stronie kącika wewnętrznego. Po upływie miesiąca zrobił w miejscu odpowiadającem rogówce, przez całą grubość zeszytych powiek, mały okrągły otwór zapomocą odpowiedniego trepanu. Brzegi tego otworu obrąbił należycie skórą. Celem tej operacyi miała być ochrona gałki ocznej, a więc i rogówki przed zbytniem wysychaniem.

W tym samym celu Rudin[11] zeszywał obie powieki po odcięciu na sposób Flarera brzegów powiekowych z rzęsami, pozostawiając z całej szpary powiekowej niezaszytą tylko małą, 5—6 mm długą część środkową, odpowiadającą położeniu źrenicy. W trzech w ten sposób operowanych przypadkach wynik miał być korzystny. Rogówka poprzednio matowa i zaćmiona, odzyskała połysk i znaczny stopień przeźroczystości, a wzrok, obniżony do samego poczucia światła, podniósł się tak, że chorzy mogli powrócić do pracy. W jednym przypadku poprawa ta utrzymywała się jeszcze w trzy lata po operacyi. Andogsky[12] operował 5 przypadków Rudina i w dwóch uzyskał wynik pod każdym względem bardzo dobry, w dwóch pewną poprawę wzroku, a w jednym tylko poprawę objawów podmiotowych. O trwałości tych wyników nie dowiadujemy się ze streszczenia pracy Andogskiego.

Panas[13] w swym podręczniku okulistyki wspomina o przypadkach, w których zeszywał powiekę górną z dolną na przestrzeni kilku mm w środku szpary powiekowej. Ale nawet u chorych, u których dopiero po upływie roku lub jeszcze później rozdzielił powieki na nowo i odsłonił rogówkę, sprawa zeskórniania, czasowo stłumiona, zaczynała się znów potęgować i kończyła się ostatecznie zaćmieniem i zrogowaceniem nabłonka rogówkowego. Jeszcze Rabinowicz[14] podaje w »Wiestniku oftalmołogii« o dobrym wyniku operacyi Rudina u chorego na jaglicę z wysokim stopniem zeskórnienia rogówki. Chory przed operacyą liczył palce na 20 cm, a po operacyi na 2 metry, ale po trzech miesiącach zażądał ze względów kosmetycznych rozszerzenia szpary z 5 na 10 mm, poczem w ciągu tygodnia zeskórnienie rogówki wróciło w całej pełni.

Wspomnę jeszcze, że Wecker i Masselon[15] próbowali w miejsce zbliznowaciałej spojówki wszczepiać spojówkę króliczą, z jakim skutkiem, tego nie mogłem dojść z lakonicznego streszczenia ich pracy. Zresztą ani Wecker, ani Panas, ani Rudin nie znaleźli chyba wśród operatorów wielu naśladowców, bo poza tem, co powyżej przytoczyłem, w literaturze późniejszej nie spotkałem już więcej żadnej wzmianki o operacyjnem leczeniu zeskórnienia rogówki.

Tak więc do tej jeszcze pory każdy przypadek głębokiej, miąższowej kseroftalmii stawia nas w bardzo trudne położenie i skazuje na stosowanie środków objawowych, jako tako łagodzących duże dolegliwości, na jakie skarżą się chorzy.

W podobnem położeniu znalazłem się niedawno. W lutym b. r. zgłosiła się do kliniki Anna T., 19-letnia dziewczyna wiejska ze Strzemieszyc, podając, że blizko pięć lat temu dostała silnego zapalenia oczu, połączonego ze znacznem ropieniem i łzawieniem. Leczono ją z początku żółtą maścią, potem kroplami. W r. 1917 pozostawała przez dwa miesiące w leczeniu na oddziale ocznym szpitala św. Łazarza w Krakowie, gdzie, jak się dowiedziałem, rozpoznano wówczas: Trachoma stad. II. et III., pannus corneae oc. utr. O jakichkolwiek objawach zeskórnienia nie było tam jeszcze wzmianki w zapiskach. Już wtedy miała mieć jednak wzrok bardzo upośledzony. Od kiedy oczy stały się suche i łzy przestały się zupełnie wydzielać, chora dokładnie podać nie umie, zdaje się jej jednak, że stan ten trwa już dłużej, niż od roku, a chora czuje, że choroba wciąż się pogarsza. Obecnie poza znacznem osłabieniem wzroku chora skarży się na nieznośne uczucie palenia i suchości w powiekach, które często mocno się czerwienią, ale nie sklejają się wcale.

Badanie wykazuje na obu oczach silne zaczerwienienie skóry powiek. Szpary powiekowe wyraźnie skrócone. Wydzieliny brak. Brzeg dolnej powieki prawego oka zaczyna lekko zawijać się ku gałce, ale z rzęs zaledwie jedna lub dwie dotykają rogówki. Na dolnej powiece lewego oka podobny stan, ale rzęsy oka nie dotykają. Spojówki powiekowe okazują bardzo znacznego stopnia zbliznowacenie i skurczenie tak, że załamki są nadzwyczaj płytkie. Przy rozciąganiu powiek spojówka w obu

kącikach szpary powiekowej tworzy szerokie pletwowate fałdy, które częściowo od strony skroniowej i nosowej przykrywają nawet obwód rogówki. Powierzchnia spojówki powiekowej okazuje mierny stopień zaczerwienienia, a przytem jest zupełnie sucha i szorstka. Punkcików łzowych wśród jednostajnej blizny nigdzie znaleźć nie można. Obie rogówki matowe i pozbawione zupełnie połysku, tak że keratoskop nie daje żadnego wogóle obrazu. Warstwa nabłonkowa okazuje bardzo wybitne zeskórnienie, oraz szarawe, dość jednostajnie wysycone zaćmienie, silniejsze na prawem oku. Zaćmienie to zaledwie pozwala dojrzeć zarysy źrenicy, które są okrągłe, równej wielkości i oddziałują dobrze na światło, a po atropinie rozszerzają się regularnie. W górnych częściach rogówek, pod zeskórniałą i zgrubiałą warstwą nabłonka widać niezbyt liczne, z góry na dół przebiegające naczynia, — niewątpliwie pozostałość po łuszczce jagliczej.

Łez nie wydzielają oczy wcale. Gdy chora płacze, niema również najmniejszego łzawienia, a tylko skóra powiek, brzegi rzęsowe i spojówki silnie się czerwienią. Przy opłukiwaniu fizyologicznym rozczynem soli woda ścieka po rogówce i po spojówce, rozdzielając się na krople i nie zwilżając wcale powierzchni oka.

Ruchomość gałek ocznych nie jest jeszcze wyraźnie upośledzona, ale ruchy z powodu skrócenia załamków spojówkowych są widocznie utrudnione i dla chorej uciążliwe.

Prawem okiem liczy chora palce na $^1/_2$ m, lewem na $^3/_4$ m. Żadnego druku nie może odczytać.

Przejrzałem wszystkie dostępne mi źródła, w których spodziewałem się doszukać jakichkolwiek myśli i wskazówek leczniczych w odniesieniu do tej rzadkiej choroby. Autorowie polecają zapuszczanie różnych płynów, jak rozczynu soli $^3/_4\%$, węglanu sodowego 1% (Leber[16]), mleka (Graefe i Wells[17]), stosowanie różnych maści, pędzlowanie spojówek gliceryną (Taylor[18], Stellwag), albo zajmują się tylko usuwaniem operacyjnem zmian towarzyszących (entropion, trichiasis, blepharophimosis etc). Niektórzy przekonawszy się, że wszelkie środki miejscowe zawodzą i nawet objawowo niewiele skutkują, ograniczają się do leczenia ogólnego, podając żelazo, jod, arszenik i tym podobne leki.

Wobec tego, że woda i wszelkie rozczyny wodne, podobnie zresztą jak i łzy, spływają po zeskórniałej rogówce i spojówce, jak po tłustym papierze, nie zwilżając wcale powierzchni, a w moim przypadku objaw ten był bardzo wybitny, przyszło mi na myśl użyć tłuszczu płynnego o oddziaływaniu obojętnem, a więc oliwy. Przewidywałem przytem z góry, że oliwa nietylko rozleje się równomiernie po całej powierzchni worka spojówkowego i rogówki, ale zarazem poprawi wzrok, o ile upośledzenie jego zależy nie od zaćmienia miąższu rogówki, lecz od nierówności i chropowatości jej powierzchni.

Doświadczenie odrazu potwierdziło to przewidywanie. Po zapuszczeniu kilku kropel oliwy obie rogówki, dotąd matowe, mętne i jakby martwe, natychmiast ożywiły się nadzwyczajnie, nabrały połysku i zwierciadlanej gładkości. Tęczówka i źrenica stały się o wiele wyraźniej widoczne, a równocześnie chora z radością oświadczyła, że dużo lepiej widzi.

Badanie wzroku dało wynik następujący: prawe oko, które liczyło palce na $^1/_2$ m, po zapuszczeniu oliwy rozróżnia palce na 3·5 m (lepiej przez sfer. + 3·0 D) i czyta znaki Albranda 4·8 przez szkło sfer. + 3·0 D. Lewe oko, które poprzednio liczyło palce na $^3/_4$ m, po zapuszczeniu oliwy liczy je na 4 m i czyta Albranda 1·6 przez szkło sfer. + 3·0 D.

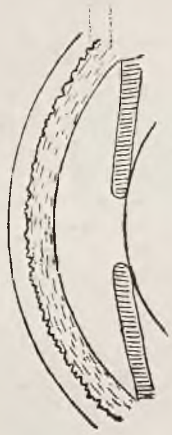
Jak sobie objaśnić tę doraźną i tak znaczną poprawę bystrości wzroku? Odpowiedź łatwa. Oliwa, która posiada doskonałą przyczepność wobec zeschłej, zeskórniałej powierzchni oka, rozlewa się cienką warstewką po całej rogówce i zagładza najdokładniej wszelkie jej chropowatości, wypełniając dołki i rowki między wyniosłościami, które zresztą także pogrążają się pod warstwą tłustego płynu. Ponieważ współczynnik załamania oliwy nie różni się zbytnio od współczynnika miąższu rogówkowego, a przynajmniej różnica w załamywaniu światła między rogówką a oliwą jest bez porównania mniejsza, niż między rogówką a powietrzem, przeto nierówna, chropawa powierzchnia rogówki znika optycznie tak lub prawie tak, jak znika n. p. kawałek szkła w balsamie kanadyjskim. Chropowatą powierzchnię rogówki zastępuje teraz gładka powierzchnia oliwy. O ile zatem upośledzenie wzroku zależy od tego, że promienie wpadające do oka ulegają na nierównościach powierzchni rogówkowej całkiem nieregularnemu rozproszeniu i wytwarzają na siatkówce obrazy przedmiotów rozmazane i bardzo niewyraźne, — to unieszkodliwienie tej nierównej powierzchni przez pogrążenie jej pod gładką, sferycznie wysklepioną warstwą oliwy musi z konieczności zaostrzyć i uwyraźnić zarysy obrazów siatkówkowych, a tem samem podnieść bystrość widzenia.

Nasuwają się tu dwa porównania: papier zatłuszczony prześwieca, a nawet staje się tak przeźroczysty, że można przezeń czytać dokładnie druk lub pismo. Drugie porównanie: szkło matowe, posmarowane oliwą, odzyskuje przeźroczystość prawie całkowicie. W naszym przypadku pierwsze porównanie nie wytrzymuje krytyki, bo oliwa, wnikając w papier, zmienia jego własności optyczne i zwiększa jego przepuszczalność dla promieni świetlnych, w miąższ zaś rogówkowy nie wnika, zaćmień tego miąższu nie wyjaśnia, tak że przynajmniej tej natychmiastowej, a tak znacznej poprawy wzroku tym sposobem nie możemy sobie tłómaczyć. Być może, że przy dłuższem, a częstem stosowaniu pewne działanie i w tym kierunku dałoby się zauważyć, ale dla objaśnienia doraźnego podniesienia bystrości wzroku daleko lepiej nadaje się przykład matowej szyby. Nieprzeźroczystość takiej szyby jest pozorna i polega wyłącznie na rozproszeniu światła, padającego na jej chropowatą powierzchnię. Szkło samo jest we wszystkich swych częściach i warstwach przeźroczyste. Warstewka oliwy wygładza poprostu powierzchowne nierówności i daje możność promieniom światła przeniesienia przez taką zatłuszczoną szybę do naszego oka obrazów niezatartych i niespaczonych.

Załączona rycina przedstawia schematycznie przekrój rogówki (C) o nierównej, chropowatej, zeskórniałej powierzchni, oblanej warstwą oliwy (Ol.), która nietylko wypełnia zagłębienia, ale także przykrywa wyniosłości, a oddziela się od powietrza gładką powierzchnią sferyczną. Załamywanie promieni może się zatem odbywać jak w prawidłowej rogówce. To też, gdyby nie zaćmienia, i to zaćmienia już przeważnie bliznowate w przednich warstwach miąższu rogówkowego, gdyby nie to, że zeskórniały

i zrogowaciały nabłonek rogówki także utracił w znacznej części swą przeźroczystość, to oliwa dałaby nierównie świetniejszą poprawę wzroku, bo w takim razie usunęłaby całkowicie jedyną przyczynę niedowidzenia, t. j. nierówność powierzchni granicznej, zupełnie tak samo, jak usuwa jedyną przyczynę »nieprzeźroczystości« szkła matowego.

Ol. C.



Możnaby nawet wyobrazić sobie, że ta nowa powierzchnia, to jest powierzchnia warstwy oliwnej, pozwalałaby oznaczyć stan refrakcyi podmiotowo zapomocą doboru szkieł lub przedmiotowo zapomocą skiaskopii; może nawet astygmometrem dałby się wykonać pomiar ewentualnej niezborności i określić kierunek głównych osi. W razie potrzeby dałyby się następnie zastosować odpowiednie szkła wyrównawcze.

Niestety tak daleko nie mogłem się posunąć w moim przypadku nietylko dlatego, że przeźroczystość tkanki rogówkowej jest dość znacznie upośledzona, ale także z powodu tego, że powierzchnia rogówki oprócz drobnego zziarnienia, oprócz swej chropowatości, która ją pozbawia połysku, okazuje jeszcze grubsze nierówności, zależne od naczyń krwionośnych, które pokrywają górną jej część, a w innych znowu miejscach od pokładów zrogowaciałego nabłonka różnej grubości. Oliwa nie może zagładzić tych falistości tak dokładnie, jak zagładza drobne zziarnienie nabłonka i z tej przyczyny przednia jej powierzchnia, na ogół sferyczna i żywo lśniąca, w szczegółach zdradza jeszcze znaczne nierówności i wyboje. Przed zapuszczeniem oliwy keratoskop nie daje wogóle żadnego obrazu, bo rogówka zeskórniała nie przedstawia wcale powierzchni zwierciedlącej. Po zapuszczeniu oliwy obraz keratoskopowy jest bardzo wyraźny, ale koła nie są regularne. Zarysy ich są w wielu miejscach poszarpane i powyginane, co świadczy o gładkiej wprawdzie, zwierciadlanej, ale jednak jeszcze nierównej powierzchni.

Dodać trzeba, że oliwa sama, zmieszana ze złuszczonym nabłonkiem zeskórniałym, wytwarza z czasem na rogówce, jakoteż i w załamkach spojówkowych rodzaj mazidła (smegma), którego pokłady nietylko przysłaniają miejscami rogówkę, ale także działają drażniąco. Dlatego to, zapuszczając trzy razy dziennie krople oliwne, dodaję następnie zawsze lekkie miesienie przez powiekę górną, zapomocą którego ściera się te pokłady i wygładza rogówkę. Nie gorsze usługi w tym względzie oddaje mały pędzelek z możliwie miękkiego włosia, najlepiej bobrowy. Pędzelkiem takim zmaczanym w oliwie można bardzo dokładnie »zamieść« i oczyścić rogówkę z łusek i złogów nabłonkowych, co nietylko nie sprawia chorej najmniejszej przykrości, ale przeciwnie daje jej natychmiastową ulgę, usuwając niemiłe uczucie utykania i tarcia pod powiekami. Obawiałbym się jednak zbyt często n. p. kilka razy dziennie używać pędzelka, aby wreszcie nie doprowadzić do podrażnienia oka. Wystarczy zrobić raz dziennie taką toaletę rogówki. O oliwę chora wprost się doprasza i chciałaby ją sobie jaknajczęściej do oczu zapuszczać. Zwłaszcza rano, gdy rogówki po śnie są znowu suche i chropawe, a brzegi powiek i spojówki zaczerwienione i rozpalone, chora czułaby się nieszczęśliwą, gdyby nie dostała tego kojącego środka, który zarazem tak bardzo wzrok jej rozjaśnia. Przekonałem się, że w ciągu dnia conajmniej trzy razy należy oliwę zapuścić, aby utrzymać stałą, nieprzerwaną euforyę.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Okręgowy Urząd zdrowia przeniesiony został 10. VI. z Krakowa do Lwowa (gmach Namiestnictwa); w Krakowie utworzona została Ekspozytura tego urzędu dla 30 powiatów zachodnich, kierowana przez inspektora san. Dr W. Momidłowskiego.

— Okręgowy Urząd zdrowia wzywa lekarzy, zajmujących posady w Galicyi wschodniej i środkowej, by najdalej do 15. VI. powrócili na stanowiska, a przedtem osobiście zgłosili się w okręgowym Urzędzie zdrowia (Lwów, Namiestnictwo). Lekarze, którzy się do tego wezwania nie zastosują, stracą posadę.

Lwów. Docent neurologii Dr Kazimierz Orzechowski otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego.

Łódź. Stanowisko dyrektora Urzędu zdrowia okręgu łódzkiego objął Dr Stanisław Skalski.

Warszawa. Wakuje posada lekarza szkolnego w państwowem seminaryum nauczycielskiem męskiem w Solcu. Płaca roczna 4800—9600 marek za 2—3 godziny pracy dziennej. Zgłoszenia: Wydział Seminaryów, Aleje Ujazdowskie 20, w Warszawie.

Zmarli: Dr Bolesław Łazowski w 46 r. ż. w Liszkach, Dr Kazimierz Pobóg Rutkowski, lekarz weterynaryi, w Krakowie w 55 r. ż., lekarz kapitan Dr Stanisław Protasewicz w Wołkowysku; lekarz naczelny szpitala epidemicznego Dr Stefan Liedtke w 31 r. ż. w Puławach; lekarz powiatowy Dr Mieczysław Hirschler we Lwowie.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w maju 1919:

Gazeta lekarska Nr 19.—23.: Janowski W.: Znaczenie krzywej żylnej miarowej oraz zupełnie niemiarowej w sprawie dokładnego rozpoznawania mechanizmu powstawania niedostateczności czynnościowej mięśnia sercowego (zastawki trójdzielnej) (19—21). — Giedroyć: Jak się rozwijało mianownictwo lekarskie polskie (19—21). — Jonscher: Kilka uwag w sprawie wagi dzieci w zaburzeniu bilansu wodnego (20). — A. Landau i Rząśnicki: Parę uwag o zgłębnikowaniu dwunastnicy i o zawartości dwunastniczej u człowieka (21). — Beck i Czubalski: Prof. N. Cybulski (22—23).

Zdrowie Zesz. 4.: Koskowski: Mleko na rynku warszawskim.

Sprawozdanie

Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich

za rok 1918. (51. istnienia Towarzystwa).

W roku, z którego sprawę zdajemy, spełniły się nadzieje Narodu i odzyskaliśmy wolną i zjednoczoną Ojczyznę. Cześć tym, którzy za Nią oddali życie, krew przelewali, i tym wszystkim, których usiłowania w zakresie pracy kulturalnej i społecznej przyczyniły się do politycznego odnowienia Państwa. Niewątpliwie w najbliższych latach żyjące pokolenie dalszą pracą, mającą zawsze na myśli przyszłość Narodu, uskuteczni wewnętrzne Państwa odrodzenie.

Wobec stosunków, jakie panowały w okręgu czynności naszego Towarzystwa, nie mogło się wewnętrzne życie pomyślnie rozwinąć. Czasowe zajęcie Lwowa przez wojska ukraińskie, późniejsze obleganie, ostrzeliwanie i odcięcie tegoż od reszty Państwa, zajęcie wreszcie wschodniej połowy kraju, uniemożebniły czynność prawidłową. Mimo to z niewzruszoną wiarą myślimy o dalszym rozwoju Towarzystwa. Będzie on wymagał radykalnej zmiany ustawy, którą przygotowujemy i przeprowadzimy, skoro będą się mogli znowu zebrać w spokoju i skupieniu delegaci Lwowa, Krakowa i koledzy, zamieszkali na prowincyi.

Na razie ogłaszamy krótkie sprawozdanie z najważniejszych spraw, a dla kontroli publicznej, tak, jak corocznie, wykazy rachunkowe, które przedstawiają stan majątkowy Towarzystwa z dniem 31. grudnia 1918 roku.

1. Dary. W roku 1918 ofiarowali na wdowy i sieroty: Dr Bąkowski z Krynicy 30 K, Dr Sołtysik ze Stryja od grona lekarzy i aptekarzy w Stryju zamiast wieńca na trumnę śp. Dr Serkowskiego 210 K, Dr Jan Opieński zamiast wieńca na trumnę dla śp. Dr Tyszkowskiego 10 K, tenże imieniem Wydziału Związku lekarzy rządowych galicyjskich, zamiast wieńca na trumnę śp. Dr Władysława Czyżewicza, długoletniego prezesa Związku, 100 K; Dr Joachim Fränkel z Tarnowa 788 K, Dr Zauderer z Bośni 32 K, Prof. Machek 260 K, Dr Szumski 50 K, razem 1.480 K.

2. Co do zapisów i nowych fundacyi zaznaczyć należy: 1) Podatek spadkowy od fundacyi Dr Leopolda Gawałkiewicza zapłacono. Ustalona fundacya wieczysta wynosi 10 600 K nom. Z tworzących się przez lata fundacyi ustalono dalsze trzy: Naprzód imienia prof. Gilewskiego, którą utworzyła żona tegoż, p. Emilia ur. Schuh, w kwocie 38.000 K, potem fundacyę prof. Marsa w kwocie 5.200 K i wreszcie Dr Jana Rosnera w kwocie 1800 K. 2) Dr Wincenty Nycz, starszy lekarz powiatowy w Białej, testamentem z 7. maja 1917. zapisał 5.000 K na rzecz wdów i sierót po lekarzach »jako fundusz wieczysty, który ma nosić jego nazwisko, a którego zarządem i rozdziałem odsetek ma zająć się Towarzystwo lekarzy galicyjskich we Lwowie«. 3) Prof. Antoni Mars, testamentem z 21. grudnia 1917, zapisał 3.000 K »na wdowy i sieroty po lekarzach, którą to kwotę należy przyłączyć do fundacyi jego imienia, którą utworzył i uposażał w Towarzystwie lekarzy galicyjskich we Lwowie«. 4) Dr Jakób Fränkel z Tarnowa postanowił, aby dary przezeń ofiarowane na wdowy i sieroty, stanowiły osobny fundusz Towarzystwa lekarzy galicyjskich. 5) Sp. Dr Stanisław Skobel, który testamentem z dnia 22. września 1912 zapisał Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu 20.000 K »celem utworzenia fundacyi wieczystej, mającej na celu wspieranie wdów i sierót po członkach Towarzystwa lekarskiego krakowskiego«, ustanowił Towarzystwo lekarzy galicyjskich substytutem na wypadek rozwiązania Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. 6) Rada zawiadowcza postanowiła utworzyć i od czasu do czasu zasilać fundusz naukowy przy Towarzystwie lekarzy galicyjskich, którego odsetki »będą przeznaczone na wydawnictwa naukowe, urządzanie wykładów poza siedzibą Towarzystwa lekarskiego lwowskiego i krakowskiego i na inne naukowe cele«.

3. W roku 1918 wynosiły zapomogi stałe (pensye) 14.065 K, a jednorazowe zapomogi 3.840 K, razem 17.905 K. W latach wojny 1914—1918 pobrały nasze wdowy 82.370 K.

W roku 1918 pobrały stałe zapomogi po 400 K panie: 1) Baczyńska Natalia (pobrała tylko 100 K), 2) Berthleff Marya, 3) Bujalska Michalina, 4) Chołewiczowa Otylia, 5) Czesnakowa Olga, 6) Dulębina Stanisława, 7) Filimowska Ludwika, 8) Jasilkowska Marya, 9) Jurkiewiczowa Zofia, 10) Karpińska Józefa, 11) Koncewiczowa Franciszka, 12) Lastowa Rudolfina, 13) Leniartkowa Ida, 14) Marynowska Wiktorya, 15) Michalikowa Wanda (pobrała tylko 200 K), 16) Nidecka Helena, 17) Piżlowa Wanda, 18) Przetocka Celina (pobrała tylko 100 K, 19) Riegerowa Zygmuntowa, 20) Sieradzka Marya, 21) Sokołowska Marya, 22) Szaferowa Ema, 23) Szczepańska Adela, 24) Szydłowska Marya, 25) Terlecka Izydora, 26) Widmanowa Michalina, 27) Wachnianinowa Stefania, 28) Wolframowa Marya, 29) Zborowska Antonina.

po 300 K panie: 30) Reissowa Stanisława, 31) Wierzbowska Honorata (pobrała tylko 225 K).

po 240 K panie: 32) Gofrykowa Józefa, 33) Kramarzyńska Aniela, 34) Krzyżanowska Jadwiga, 35) Lewandowska Stefania, 36) Mayzlowa Henryka, 37) Rotterowa Klara, 38) Sochacka Helena (pobrała 320 K, bo od 1/VII 918 przyznano jej 400 K), 39) Wehrowa Tekla, 40) Zrogowska Joanna; po 160 K pani 41) Merunowiczówna Józefa.

Jednorazowe zapomogi w roku 1918 pobrały panie: 1) Dobrowolska Stefania 50 K, 2) Dorożyńska Wiktorya 100 K, 3) Dubanowiczowa Felicya 50 K, 4) Gostyńska Marya 180 K, 5) Jurkiewiczowa Zofia 100 K, 6) Karpińska Józefa 50 K, 7) Kmiotkowa Adela 200 K, 8) Lechówna Aleksandra 50 K, 9) Kruszyńska Marya 100 K, 10) Królikowska Barbara 100 K, 11) Marynowska Wiktorya 100 K, 12) Męcińska Seweryna 50 K, 13) Neusserowa Emilia 100 K, 14) Nowacka Aniela 50 K, 15) Nowosadowa Ludwika 50 K, 16) Obuszkiewiczowa Karolina 100 K, 17) Olszewska Eugenia 100 K, 18) Opolska Wilhelmina 120 K, 19) Podłuska Marya 50 K, 20) Przetocka Celina 120 K, 21) Regiecowa Jadwiga 200 K, 22) Reissowa Betti 50 K, 23) Reissowa Stanisława 50 K, 24) Romaszkanowa Zofia 200 K, 25) Ruczkowa Marya 200 K, 26) Sakowska Malwina 200 K, 27) Semlerówna Aniela 50 K, 28) Semlerówna Marya 50 K, 29) Szaferowa Ema 100 K, 30) Swierzowa Józefa 50 K, 31) Szczepańska Adela 100 K, 32) Szydłowska Anna 100 K, 33) Terlecka Izydora 60 K, 34) Uranowiczowa Leonia 100 K, 35) Wehrowa Tekla 100 K, 36) Wernicka Ludwika 100 K, 37) Widmanowa Michalina 100 K, 38) Zengtellerowa Marya 50 K, 39) Myś Grzegorz 50 K, 40) Zengteller (sierota) 20 K.

W ciągu tego roku zmarły z pensyonistek wdowy po naszych kolegach, panie: Przetocka Celina ze Lwowa, Oleksina Honorata ze Starego Sambora i Anna Krzykowska z Krakowa.

4. Organem Towarzystwa był »Przegląd lekarski«, który w tych niezwykle ciężkich warunkach wychodził regularnie i z jednaką zawsze ścisłością i dokładnością służył nauce i dobrej sprawie Towarzystwa, zastępując na razie także »Tygodnik lekarski« do czasu jego wznowienia. Wobec położenia obecnego, musieliśmy przerwę w wydawaniu »Tygodnika lwowskiego« na r. 1918 i 1919 przedłużyć. Z rokiem 1920 zacznie »Tygodnik« wychodzić.

5. Stan fundacyi wieczystych wraz z wartością Morszyna (Wykaz 4): Fundacye wynoszą 997.069·35 K, a mianowicie w walorach 783.682·33 K, na książeczkach 33.435·61 K, wierzytelnosc na Morszynie 23.408·09 K i wartość ziemi Morszyna 156.543·32 K. Obecnie pobieramy odsetki z kwoty 596.000 K; odsetki z reszty pobierają dożywotnicy, albo przyłącza się je do pewnego czasu do kapitałów, jeżeli tego ofiarodawca żądał, które skutkiem tego wzrastają.

6. Stan majątku wzrósł od zeszłego roku o 8.431·22 K i wynosi z dniem 31. grudnia 1918 1,010.160·02 K (Wykaz 2.).

7. Rachunek Morszyński (Wykaz 3) zamknięto dochodem netto 6.256·18 K, dzięki temu, że sąd przyznał w wygranym procesie o przekroczenie granicy w lesie 2.300 K, a z drobnej sprzedaży drzewa wpłynęło 1.950 K. Z tegorocznego dochodu i z funduszu inwestycyjnego Morszyńskiego zapłaciliśmy zaległe w czasie wojny raty hipoteczne w Banku krajowym, aż po koniec 1917 r. w kwocie 11.730·54 K W funduszu inwestycyjnym pozostało jeszcze 6.050·72 K. Bank wojenny przyznał Morszynowi pożyczkę 70.000 K na odbudowę, a oprócz tego wnieśliśmy podanie o zapomogę. Przyobiecano nam 10.000 K, na razie jednak dla wschodniej Galicyi wypłaty wstrzymano. Od końca października 1918 jesteśmy odcięci od Morszyna skutkiem zajęcia Stryjskiego przez ukraińców. Od przeszło pół roku żadnych wiadomości nie mamy i nie wiemy, co się tam dzieje.

8. W skład Rady zawiadowczej wchodzili koledzy, wybrani na ostatniem Walnem Zgromadzeniu, a mianowicie: Prezes Emanuel Machek, zastępca prezesa Roman Rencki, sekretarz Stanisław Zabłocki.

Członkowie Rady Koledzy: T. Browicz (Kraków), St. Ciechanowski (Kraków), T. Fechter (Jarosław), A. Gluziński (Lwów), Z. Lachowicz (Lwów), E. Müller (Lwów), L. Schellenberg (Lwów), St. Sołtysik (Stryj) i kooptowany przez Radę Kolega K. Trzcieniecki, który pełni obowiązki skarbnika.

We Lwowie, z końcem kwietnia 1919.

Z Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Sekretarz: *Zabłocki.* Prezes: *Machek.*

Wykaz 1. Zestawienie rachunków za rok 1918.

	DOCHÓD	K	h
1	Pozostałość z końcem 1917	11 037	24
2	Morszyn a) Dochód	7 972	—
	b) Z funduszu inwestycyjnego Morszyna pobrano na zapłacenie rat hipotecznych .	5 474	36
3	Opłaty członków a) Oddziałów prowincyonalnych .	2.391	20
	b) Wpisowe	40	—
4	Dary	1.430	—
5	Odsetki a) Bank krajowy	23.560	22
	b) Inne	94	00
6	Zwroty wypłaconych kwot	670	98
	Razem . . .	52.670	90

	ROZCHÓD	K	h
1	Morszyn	1.719	82
	Raty Banku krajowego za dług hipoteczny . . .	11.730	54
2	Administracya: a) manipulantka . . . 1 200·—		
	b) kursor . . . . . . 300·—		
	c) druki, służba, adwokat, poczta, stemple i t. p. 399·61	1.899	61
3	Przegląd lekarski	2 992	—
4	a) Stałe pobory wdów i sierót (pensye)	14 065	—
	b) Jednorazowe zapomogi	3.840	—
5	Podatek spadkowy z fundacyi Dr Gawałkiewicza . .	1.072	10
6	Pocztowa Kasa Oszczędności na inwalidów . . .	2	—
7	Stemple Banku krajowego	10	01
8	Zwrócono funduszom (lokacye kapitałów)		
	a) funduszom Towarzystwa zwrócono 2 666·32		
	b) odsetki funduszów wzrastających . 1 292·—		
	c) do funduszu śp. prof. Marsa zamiast wieńca ofiarowało Towarzystwo 500 K tak samo do funduszu Dr Rosnera 300 K . . 800·—	4.758	32
	Razem . . .	42.089	40
	Pozostaje z dniem 31. grudnia 1918	10 581	50
	Razem . . .	52 670	90

Wykaz 2. Stan majątkowy Towarzystwa lekarzy galicyjskich z dniem 31. grudnia 1918.

	STAN CZYNNY	K	h		STAN BIERNY	K	h
1	Pozostałość kasowa z dniem 31. grudnia 1918 . .	10.581	50	1	Pożyczka hipoteczna l. a 799	65.072	20
2	Fundusze wieczyste (ob. Wykaz IV.)			2	» » l. a 1025	22 112	22
	I. niewzrastające	277.500	—	3	Morszyn winien funduszowi wsparć Tow. lek. galic.	23.408	09
	II. wzrastające	154.818	57		Razem . . .	110.592	51
	III. tworzące się	18.274	41		Stan czynny z końcem grudnia 1918	1,010.160	02
	IV. z których pobierają odsetki dożywotnicy . .	181.882	33				
	V. zapis Dr Lukasa, z którego pobieramy odsetki	194.000	—				
	VI. fundacya Stillerów (Morszyn)						
	a) wartość ziemi	268.045	—				
	b) fundusz inwest. Morszyna	6.050	72				
	VII. legat Prof. Marsa 3.000 K, Dr Nycza 5.000 K	8.000	—				
3	Kaucya pocztowej Kasy Oszczędności	200	—				
4	Los turecki Nr 294.398 należy do fundacyi Niedźwieckiego	400	—				
5	Wartość inwentarza	1.000	—				
	Razem . . .	1 120.752	53		Razem . . .	1,120.752	53
	Stan czynny z dniem 31. XII. 1918 1,010.160·02						
	Stan czynny z dniem 31. XII. 1917 1,001.728 80						
	Wzrost stanu czynnego w r. 1919 8.431·22						

Wykaz 3. Fundacya Bonifacego i Magdaleny Stillerów.

A. Rachunek Morszyna.

	DOCHÓD	K	h		ROZCHÓD	K	h
1	Dzierżawa folwarku za $^1/_2$ roku 1918	2.300	—	1	Płaca leśniczego	600	—
2	» warzelni za r. 1916 i 1917	1.000	-	2	Asekuracya leśniczego	32	26
3	Zwrot asekuracyi za leśniczego	72	—	3	» budynków	450	—
4	Z wyszynku piwa	350	—	4	Koszta procesu z Magasem (rachunek adwokata) . .	583	56
5	Za drzewo Iwan Magas	1.000	—	5	Za przepisywanie kontraktu za dzierżawę folwarku pisarze	50	—
	» » p. Makarewicz . , ...	300	—			1.715	82
	» » leśniczy	1.650	—		Dochód w w r. 1918	6 256	18
6	Sąd przyznał w procesie z Magasem	1.300	—				
	Razem . . .	7.972	—		Razem . . .	7.972	00

B. Fundusz inwestycyjny Morszyna.

1	Z końcem roku 1917	11 525	08	1	Raty w Banku krajowym na pożyczki hipoteczne .	11.730	54
2	Dochód w roku 1918	6.256	18	2	Zwrócono Towarzystwu lek. galic.	5.474	36
3	Towarzystwo pożyczyło funduszowi	5.474	36		Razem . . .	17.204	90
					Pozostaje w funduszu inwestycyjnym z końcem r. 1918	6.050	72
	Razem . . .	23.255	62		Razem . .	23 255	62

Wykaz 4. Wieczyste fundusze Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Stan z dniem 31. grudnia 1918.

		Walory nom.	Na książeczce	Fundusz Il. 2. udzielił (1910) Morszynowi pożyczkę	Wartość ziemi (Morszyn)
	I. Fundusze niewzrastające (odsetki przeznaczone na pensye i zapomogi).				
1	Dr Barzyckiego	2.400·—			
2	Dr Biesiadeckiego Alfreda	14.300·—			
3	Prof. Czyżewicza Adama	34.000·—			
4	Dr. Garbińskiego	2.800·—			
5	Dr Gawałkiewicza Leopolda	10.600·—			
6	Im. Prof. Gilewskiego — fundacya jego żony Emilii, ur. Schuh . .	38.000·—			
7	Dr Jasińskiego Władysława	126.000·—			
8	Fundusz 25. letn. Jubileuszu Tow.	3.200·—			
9	Dr Krówczyńskiego Żegoty	800·—			
10	Dr Krzeczunowicza	8.600·—			
11	Dr Łuszczkiewicza	800·—			
12	Dr Mahla Jakóba	3.400·—			
13	Prof. Marsa Antoniego	5 200·—			
14	Dr Merunowicza Józefa	4.000·—			
15	Dr Niedźwieckiego	17.300·—			
16	Dr Rosnera Jana	1.800·—			
17	Dr Rożańskiego Józefa	300·—			
18	Dr Ściborowskiego Władysława	600·—			
19	Dr Świątkiewicza Józefa	1·400·—			
20	Prof. Szulisławskiego Adama	500·—			
21	Prof. Ziembickiego Grzegorza	1·200·—			
		277.500·—			

		Walory nom.	Na książeczce	Fundusz II. 2. udzielił (1910) Morszynowi pożyczkę	Wartość ziemi (Morszyn)
	II. **Fundusze wzrastające** (odsetki przeznaczone na pensye i zapomogi).				
1	Lukasa Adolfa	7.700·—	10.010·48	—	
2	Własny fundusz Towarzystwa lek. gal.	113.700·—	—	23.408·09	
		121.400·—	10.010·48	23.408·09	
	III. **Fundusze,** z których odsetki przyłącza się na razie do kapitału.				
1	Dr Frankla Joachima	800·—	20·—	—	
2	Dr Kalisza Alfreda	—	9.244·75	—	
3	Prof. Macheka Emanuela	2.500·—	—	—	
4	Prof. Rydygiera Ludwika (naukowy)	2.700·—	45·66	—	
5	Bezimienny (złożył Dr Stenzel Rudolf)	1.100·—	64·—	—	
6	Na kaplicę Morszyńską	800·—	—	—	
7	Naukowy Towarzystwa lek. gal.	1 000.—	—	—	
		8.900·—	9 374·41	—	
	Razem I. do III.	407.800·—	19 384·89	23.408·09	
	IV. **Fundusze,** z których odsetki pobierają dożywotnicy.				
1	Dr. Jasińskiego Władysława	91.055·82			
2	Dr Barzyckiego	60.826·51			
3	Dr Lukasa Adolfa	30.000·—			
		181.882·33			
	V. **Fundusz,** z którego Tow. już pobiera odsetki. Sprawa spadkowa w toku.				
1	Legat Dr Adolfa Lukasa	194.000·—			
	VI. **Fundacya Bonifacego i Magdaleny Stillerów.**				
1	Wartość Morszyna po odciągnięciu ciężarów				156.543·32
2	Fundusz inwestycyjny Morszyna		6.050·72		
	VII. **Legaty** już przyznane lecz dotąd niewypłacone.				
1	Prof. Marsa Antoniego		3.000·—		
2	Dr Nycza		5.000·—		
	Razem IV—VII	375.882·33	14 050·72		156.543·32
	Razem I—VII	783.682·33	33 435·61	23.408·09	156.543·32

Uwaga: Z pozostałości kasowej Wykaz II. 1. pozostawiono 4.360 K na rachunku przekazowym Banku krajowego L. 684, 5.474·36 K złożono na książeczce Banku krajowego Nr. 40.480, a resztę pozostawiono w rękach skarbnika. Papiery wartościowe fundacyi wieczystych Wykaz IV, I—III, złożono w depozycie Banku krajowego, kwit depozytowy Nr. 2.978. Z gotówki fundacyi Wykaz IV, II—III, znajduje się 10.000 K z fundacyi Lukasa w Banku krajowym, na rachunku przekazowym 684; fundusz Dr Kalisza wraz z odsetkami na książeczce Galic. Kasy Oszczędności Nr. 101.495, reszta gotówki 140·14 K u skarbnika fundacyjnego. Książeczka fundacyi Dr Kalisza pozostaje w przechowaniu Namiestnictwa, wszystkie inne książeczki i dokumenta bankowe przechowuje na razie prezes Towarzystwa.

Papiery wartościowe Wykaz IV, IV. a mianowicie: 1) Jasińskiego i 3) Lukasa, znajdują się w depozycie sądowym, zaś 2) fundusz Dr Barzyckiego złożony jest w Banku krajowym, kwit depozytowy Nr. 1.217. Papiery fundacyi V złożył kurator testamentu Dr Zbyszewski w Banku krajowym.

Fundusz inwestycyjny Morszyna Wykaz IV, VI. 2. złożony na książeczce Banku krajowego Nr. 40.480.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego

Nr 25. Kraków, 21. czerwca 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: **Kraków 9, Płuczki 28.** Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 470.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Rok LVIII. Kraków, 21 czerwca 1919. Nr. 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

O zeskórnieniu oka.

(Na podstawie spostrzeżenia klinicznego)

Podał

Prof. Dr Kazimierz Majewski.

(Dokończenie).

W dostępnej mi literaturze nie znalazłem nigdzie wzmianki o celowem zapuszczaniu oliwy w przypadkach zeskórnienia spojówki i rogówki, mianowicie nietylko po to, aby zmniejszyć dolegliwości, ale głównie także, aby choć w sposób przemijający poprawić bystrość wzroku. Dziwi mnie to tem bardziej, że od lat już dwudziestu w wielu klinikach, zwłaszcza we Francyi, używa się różnych rodzajów oliwy (zwłaszcza oleum arachidis), jako rozczynnika dla alkaloidów takich, jak atropina, kokaina, akoina, pilokarpina, a zwłaszcza ezeryna. Panas [13] i Scrini [19] wprowadzili do terapii okulistycznej te olejne środki (collyria), które pod niejednym względem mają mieć wyższość nad wodnymi rozczynami tych samych leków. Mojem zdaniem, o ile w przeważnej większości chorób ocznych wodne rozczyny leków zupełnie nam wystarczają, to właśnie w przypadkach kseroftalmii wyższość rozczynów oliwnych nie ulega żadnej wątpliwości. I nie tyle o rozczyny wodne leków tu chodzi, jak o sam tłuszcz w stanie płynnym, jakim są różne rodzaje oliwy.

W zasadzie, pragnąc jak najskuteczniej wyłączyć szkodliwy wpływ nierównej powierzchni rogówki, należałoby wybrać płyn, w naszym przypadku płyn tłusty, o współczynniku załamania możliwie zbliżonym do współczynnika rogówki. Według Matthiessena rogówka ludzka posiada w porównaniu z powietrzem $n = 1{,}3771$. A oto zestawione poniżej współczynniki różnych płynów oleistych (cyfry zaczerpnięte z książki Dufeta [20]):

ol. amygdalarum:	1,4755—1,4847
ol. arachidis:	1,4717
ol. olivarum:	1,4738—1,4825
ol. ricini:	1,4791
ol. sesami:	1,4748
ol. paraffini	1,42254—1,42989

Dla porównania przypomnę, że współczynnik załamania wody w stosunku do powietrza wynosi 1,33303, jest zatem bardziej zbliżony do współczynnika rogówki, niż współczynnik któregokolwiek z wymienionych olejków, ale woda nie nadaje się tu wcale, ponieważ nie zwilża zeskórniałej rogówki. Z pośród zaś wymienionych olejków te tylko wchodziłyby w rachubę, które oddziałują obojętnie i wogóle, zapuszczone do worka spojówkowego choćby zeskórniałego, nie działają na oko drażniąco. Z zestawienia powyższego widać, że stosunkowo najbardziej zbliżony współczynnik załamania do współczynnika rogówki posiada olej parafinowy. Niestety jakość tego przetworu w obecnych czasach jest tak licha, wejrzenie tak nie obiecujące, że nie śmiałem go nawet na próbę zapuścić do oka mej chorej. I niektóre inne z wymienionych olejków są dzisiaj nie do zdobycia, albo — o ile istnieją — nie dają dostatecznej gwarancyi czystości. Z tych powodów musiałem zadowolnić się zwyczajną oliwą (ol. olivarum), która tu i ówdzie jest już do nabycia i, chociaż z pewnością nie jest pierwszej świeżości, jednak działa na oko bardzo łagodnie, nie wywołując żadnego zadrażnienia. Używam jej zatem pomimo, że ma ona współczynnik załamania znacznie wyższy od współczynnika rogówki. Miałoby to duże znaczenie, gdyby rogówka w naszym przypadku była rzeczywiście w miąższu swym przeźroczysta, a tylko na powierzchni nierówna. W takim razie jakiś płyn o współczynniku załamania identycznym ze współczynnikiem rogówki dałby poprawę wzroku bez porównania lepszą, niż oliwa. Ale wobec tego, że tu upośledzenie wzroku zależy równocześnie w dużej mierze od częściowej utraty przeźroczystości wierzchnich warstw tkanki rogówkowej, — różnica współczynników załamania traci znaczenie rozstrzygające. Tak czy owak musimy być zadowoleni ze względnej tylko poprawy wzroku. Oliwa spełnia jeszcze ten warunek, że jest płynem dość gęstym, dlatego nie spływa zbyt szybko z rogówki.

Później otrzymałem małą ilość olejku migdałowego (ol. amygdalarum dulcium), którego współczynnik załamania niewiele się różni od współczynnika oliwy zwyczajnej i przekonałem się, że działanie jego na zeskórniałe oczy chorej było tak samo korzystne, jak działanie oliwy, z tą tylko może różnicą, że jako bardziej płynny ten olejek prędzej ścieka z rogówki i dlatego musi być częściej zapuszczany.

Wspomniałem wyżej, że warstwa oliwy nie zdoła zagładzić grubszych nierówności na rogówce i że obraz keratoskopowy, jakkolwiek bardzo wyraźnie odbija się na tłustej powierzchni, zdradza jednak znaczne błędy w krzywiźnie i w zarysach kół współśrodkowych. To też, żeby przeprowadzić doświadczenie w sposób doskonalszy, użyłem hydrodyaskopu, za pomocą którego wyrównywam wzrok w przypadkach stożka rogówkowego i nieregularnej niezborności. Przyrząd ten opisałem [21] w r. 1898. Przypominam, że składa się on z dwóch małych puszek z blaszki alpakowej, połączonych ze sobą grubym drutem na kształt okularów i posiadających w przedniej ściance okrągły otwór, zamknięty szkłem płaskiem. Brzeg puszki, mający w otoczeniu oka przylegać do skóry, opatrzony jest rynienką, w którą wtłoczona jest rurka gumowa, służąca do lepszego uszczelnienia przyrządu. Hydrodyaskop taki, jak już jego nazwa wskazuje, wypełnia się wodą, względnie fizyologicznym rozczynem soli, w którym badany swobodnie oko otwiera. Na płaską szybkę, umieszczoną w okienku przedniej ścianki, nakłada się silną soczewkę płaskowypukłą, tak dobraną, aby dokładnie zastąpiła rogówkę, która przez pogrążenie w wodzie przestała działać optycznie. Siła tej soczewki waha się dla różnych oczu w granicach między +25 D a +40 D. Mimo, że współczynnik załamania wody (1,33303) jest mniejszy od współczynnika rogówki (1,3771), rogówka stożkowata czy też nieregularnie niezborna zostaje w tych warunkach optycznie zupełnie wyłączona, a zastępuje ją szkło sferyczne, dokładnie wyszlifowane, umieszczone w okienku hydrodyaskopu. Poprawa wzroku, jaką uzyskiwałem zapomocą takich okularów wodnych, zwłaszcza w wielu przypadkach stożka rogówkowego, była prawie zawsze bardzo znaczna, a czasem wprost zadziwiająca.

W obecnym przypadku kseroftalmii, zastosowując hydrodyaskop, nie mogłem oczywiście wypełniać go wodą. Woda, nie zwilżając zeskórniałej rogówki, pozostawiłaby między jej chropowatościami małe przestrzenie powietrzne i te dopiero z powodu wielkiej różnicy współczynników załamania utworzyłyby zasłonę prawie całkiem nieprzeźroczystą. To też nie wodą, lecz oliwą wypełniłem tym razem mój przyrząd, który w tym przypadku należałoby chyba nazwać oleodyaskopem.

Doświadczenie wykonałem tylko na lewem oku, gdzie zaćmienie rogówki jest znacznie mniejsze, niż na prawem. Zresztą w tym czasie chora miała aż kilka naraz głębokich jęczmion

(hordeola Meibomiana) na powiekach prawego oka, to też i z tego powodu nie można było próby tej na tem oku przedsiębrać. Wreszcie rozporządzałem już tylko niewielką ilością olejku migdałowego, a chciałem resztę tego drogocennego płynu dać chorej do domu do zapuszczania. Wynik optyczny doświadczenia z oleodyaskopem był następujący: Lewe oko w stanie suchym, to znaczy, gdy rogówka przedstawia obraz zeskórnienia i jest silnie matowa, widzi palce najdalej na odległość $^{3}/_{4}$ m. Po zapuszczeniu oliwy, gdy ta się rozleje cienką warstewką po rogówce, oko rozróżnia palce na odległość 4 m ($^{4}/_{60}$), po założeniu zaś opisanego przyrządu, wypełnieniu komórki oliwą i po dobraniu odpowiedniej soczewki wypukłej, mającej zastąpić działanie rogówki, chora liczy palce na odległość prawie 6 m ($^{6}/_{60}$). Z szeregu szkieł płaskowypukłych, jakie mam do rozporządzenia, najlepszą poprawę bystrości wzroku dawało szkło sferyczne + 32 D. Przez najbliższe szkło słabsze (+30 D) i najbliższe silniejsze (+ 34 D) chora widziała o wiele słabiej. Niewątpliwie poprawa wzroku byłaby jeszcze o wiele znaczniejsza, gdyby można było użyć zamiast oliwy, jakiegoś oleistego płynu o współczynniku załamania bardziej zbliżonym do współczynnika rogówki.

W doświadczeniach moich poszedłem jednak jeszcze o krok dalej. Zamiast pogrążać w oliwie całe oko, postanowiłem przykryć rogówkę małą, szklaną muszelką, podobną do szkiełka zegarkowego, umieściwszy poprzednio na środku rogówki małą tylko kropelkę olejku migdałowego. W ten sposób rozgnieciona w cienką warstewkę oliwa wypełni szczelnie przestrzeń między powierzchnią rogówki a szkłem, a przednia powierzchnia muszelki, starannie wyszlifowana, o promieniu krzywizny odpowiadającym promieniowi krzywizny rogówki, będzie działać optycznie o wiele dokładniej i korzystniej, niż w pierwotnych doświadczeniach działała powierzchnia oliwy, swobodnie rozlanej po rogówce, mająca, jak wyżej wspomniałem, znaczną nieregularną niezborność.

Już w roku 1888, Fick [22] nakładał podobne muszelki szklane na niezborne rogówki, wypełniając przestrzeń między rogówką a szkłem, fizyologicznym rozczynem soli. Mnie zatem chodziło tylko o zastąpienie takiej imersyi wodnej imersyą oliwną. Wiadomo wprawdzie, że sposób Ficka wyrównywania nieregularnej niezborności zapomocą muszelek szklanych, sferycznie szlifowanych, nie doznał rozpowszechnienia, gdyż rogówka nie znosi dłuższego zetknięcia z ciałem obcem i oddziaływa na nie zaćmieniem i złuszczaniem się warstwy nabłonkowej, atoli w moim przypadku mogłem z góry liczyć na większą tolerancyę ze strony rogówki zeskórniałej i bardzo mało na dotykanie wrażliwej. I w istocie doświadczenie pokazało, że muszelkę z byle trochę zagładzonym brzegiem można było nawet bez oliwy założyć pod powieki bez sprawiania chorej jakiejkolwiek przykrości, a tem bardziej, gdy się na rogówkę puściło kroplę olejku. Oko chorej przywykało równie prędko do obecności szkiełka leżącego na rogówce, jak przywyka pusty oczodół do protezy ocznej. Z tej strony zatem nie było żadnej trudności. Natomiast niezwalczone wprost trudności nastręczało wyszlifowanie przedniej powierzchni muszelki. Optykom naszym brakuje obecnie dosłownie wszystkiego, czego im niezbędnie potrzeba do wykonania takiego szlifu. Nie mają nawet surowego szkła, któreby się nadawało do sporządzenia tego rodzaju sferycznych muszelek. Wobec niemożliwości uzyskania szkieł dokładnie szlifowanych musiałem niestety ograniczyć się do zastosowania muszelek ze szkła dętego. Poleciłem szklarzowi z dętej bańki szklanej o promieniu około 8 mm porobić odcinki w postaci miniaturowych miseczek o średnicy 10, 12, 14 mm i nawet jeszcze większych, aby mieć możność dobrania takiej, która włożona poza powieki nietylko przykryje rogówkę, ale zarazem obtopionymi brzegami oprze się o płytkie załamki spojówkowe. W ten sposób zapobiegamy zesuwaniu się szkiełka z rogówki na twardówkę. Puściwszy kropelkę oliwy na dno miseczki, kładę ją na rogówkę, do której ona przylega z wielką siłą, bo nietylko dzięki przyczepności do rogówki i do szkła, ale przedewszystkiem dzięki zewnętrznemu ciśnieniu atmosferycznemu, które ją do gałki przytłacza.

Wynik optyczny tego doświadczenia nie odpowiedział jednak przewidywaniom. Chora nie uzyskała większej poprawy wzroku, niż po zwykłem zapuszczeniu oliwy. Złożyło się na to kilka przyczyn: Po pierwsze szkodliwie działa znaczna różnica współczynnika załamania między szkłem i oliwą z jednej strony, a oliwą i rogówką z drugiej strony. Powtóre oliwa wkrótce wydobywa się z pod szkiełka pod powieki, a stąd na przednią powierzchnię muszelki, która umazana nią przedstawia znowu niedokładności optyczne, o których usunięcie właśnie chodziło. Po trzecie szkiełko jest dęte, a nie szlifowane, to też powierzchnia jego pod względem kulistości pozostawia bardzo wiele do życzenia, co można z łatwością stwierdzić zapomocą keratoskopu. Ten ostatni szkopuł jest oczywiście do usunięcia, skoro tylko z nastaniem spokojniejszych czasów optycy nasi będą się mogli zaopatrzyć we wszelkie przybory, jakich im potrzeba do precyzyjnego szlifowania szkieł. Mimo więc wszystko wydaje mi się, że dalsze jeszcze próby w tym kierunku byłyby i wskazane i pożądane.

W czasie kilkomiesięcznego pobytu chorej w klinice występowały w przebiegu choroby pewne powikłania. I tak na oku prawem przeszła chora prawdziwą »hordeolosis«, o której już wspominałem. Okres ten trwał przez kilka tygodni. Zakładaliśmy opatrunki spirytusowe, które doprowadziły wreszcie tę prawdopodobnie przypadkowo nabytą sprawę ropną do wygaśnięcia.

Daleko ważniejszym, a zarazem bardzo pouczającym był następujący epizod: Pod koniec pobytu chorej w klinice wystąpiło niezwykle silne zaczerwienienie skóry powiek, jakoteż przekrwienie spojówek, połączone z bardzo przykrem uczuciem palenia Co prawda, chora opowiadała, że już i dawniej, przed przybyciem do kliniki, miewała od czasu do czasu takie przemijające pogorszenia i że wtedy chłodne okłady z wody źródlanej sprawiały jej dużą ulgę, a zwłaszcza łagodziły nieznośne palenie. Przypuszczając jednak, że może przecież częste, a tygodnie całe trwające zapuszczanie oliwy jest powodem takiego podrażnienia oczu, że może resztki oliwy, zalegające między zrostami, we fałdach i kieszonkach spojówki ulegają jełczeniu i dlatego drażnią, — postanowiłem na parę dni zaniechać zapuszczania oliwy. Oczywiście już w kilka godzin po odstawieniu oliwy oczy przedstawiały znowu pełny obraz kseroftalmii. Zaczerwienienie brzegów powiek i przekrwienie suchej spojówki oraz uczucie pieczenia utrzymywały się w dalszym ciągu. Poleciłem tedy robić trzy razy dziennie po pół godziny chłodne przymoczki z wody borowej na zamknięte powieki. Chora wykonała jednak to polecenie aż nazbyt gorliwie, gdyż przez cały dzień następny prawie bez przerwy okładała sobie oczy watą maczaną w wodzie borowej. Z powodu wyjazdu nie widziałem chorej przez dwa dni. Już trzeciego dnia, podczas wizyty na sali, przystąpiła do mnie ze skargą na znaczne pogorszenie wzroku na obu oczach. Badając, zauważyłem przedewszystkiem dość obfitą śluzoworopną wydzielinę, jakiej nigdy przedtem u niej nie widziałem. Powieki miernie obrzękłe. Spojówka wyraźnie wilgotna (!) i soczysta, okazywała obok silnego przekrwienia niewątpliwe rozpulchnienie. Rogówki zaś obie okazywały na całej powierzchni mocno wysycone zaćmienie jednostajnie mlecznej barwy. Przez to zaćmienie nie było widać zupełnie ani tęczówki, ani źrenicy. Zrozpaczona chora zaledwie z trudem rozróżniała palce, poruszane tuż przed oczyma.

Od pierwszej chwili oddaliłem przypuszczenie, żeby to zmleczenie rogówek mogło być naciekiem zapalnym. Ani nastrzyknięcia rzęskowego, ani innych objawów zapalenia rogówki nie można było wykazać. Ze względu na obfitą wydzielinę zastosowałem na spojówki odwróconych powiek lapis 2%. Już przy lapisowaniu i przy spłukiwaniu lapisu rozczynem soli uderzyło mnie, że woda powierzchnię oka zwilża doskonale. W godzinę później po dokładnem wypłukaniu, spróbowałem zapuścić do oczu po kropli oliwy i przekonałem się, że rozbija się ona na drobne kuleczki i tworzy rodzaj zawiesiny, nie rozlewając się po wilgotnej powierzchni oka jednostajnie, jak to się działo dawniej, jednem słowem, że nie posiada już wobec zmienionych własności fizycznych powierzchni oka tej, co poprzednio, przyczepności. Nastąpiło zatem zupełne odwrócenie zjawisk: poprzednio woda ściekała po oku, nie zwilżając wcale spojówki ani rogówki, a czyniła to doskonale oliwa, — teraz woda zwilża oko wybornie, a oliwa oddziela się od powierzchni i ścieka. Oko też straciło całkowicie wejrzenie oka zeskórniałego. Powierzchnia rogówki połyskuje mimo nierówności i wysyconego zaćmienia; spojówka, jak już nadmieniłem, stała się wilgotną, a nawet wydaje się soczystą. A zatem kseroftalmia znikła bez śladu!

Rozważywszy tę dziwną a tak nagłą zmianę obrazu klinicznego, dojrzałem odrazu przyczynę mlecznego zaćmienia rogówek, wywołującego tak znaczne pogorszenie wzroku. Przez nieustanne moczenie oczu wodą borową, przy niedostatecznem może uszczelnieniu lub niedokładnem domykaniu się chorobowo zmienionych powiek, zeskórniała warstwa nabłonkowa rogówek jak i spojówek, wreszcie rozwilgła, nasiąkła po prostu wodą i napęczniała, jak pęcznieje skóra rąk, długo w wodzie trzymanych. Chora nasza dostała w dosłownem znaczeniu »skóry praczek« na swej zeskórniałej rogówce i spojówce. Równocześnie rozpulchniona spojówka odzyskała zdolność wydzielania śluzu, który powlekając jej powierzchnię uczynił ją wilgotną i oślizłą; natomiast powierzchowna warstwa rogówki, napęczniała i przesią-

knięta wodą, straciła w znacznej mierze swoją przeźroczystość i przybrała prawie zupełnie białą barwę.

To przypadkowe doświadczenie wykazało, iż jest rzeczą możliwą zmienić zupełnie obraz krańcowego nawet zeskórnienia spojówki i rogówki i przywrócić błonom tym ich utraconą wilgotność, a to mianowicie przez dłuższe działanie okładami z wody lub z rozczynów wodnych. Zamiana taka jest jednak zupełnie niepożądana, a nawet niebezpieczna ze względu na zeskórniałą rogówkę, której warstwa powierzchowna po nasiąknięciu wodą traci prawie do reszty swą przeźroczystość.

Aby przekonać się o słuszności takiego sposobu wyjaśnienia niezwykłego zjawiska, a zarazem, aby ratować wzrok chorej i, o ile jeszcze było można, naprawić, co się zepsuło, poleciłem założyć po kilku godzinach, po przejściu odczynu, wywołanego lapisem i po należytem wypłukaniu wydzieliny, na oba oczy opatrunek spirytusowy z ceratką, przyczem został użyty alkohol nierozcieńczony. Uczyniłem to w nadziei, że alkohol, który chciwie pochłania wodę, wydobędzie ją także z przesiąkniętych nią tkanek, a w szczególności z napęczniałego i zaćmionego nabłonka rogówki. Przewidywanie to, ku memu wielkiemu zadowoleniu, spełniło się w zupełności. Już nazajutrz rano po zdjęciu opatrunku znalazłem znowu dawny obraz, najzupełniej taki sam, z jakim chora pierwotnie zgłosiła się do kliniki: brak wszelkiej wydzieliny, spojówka sucha bez połysku, rogówki obie matowe, również suche, ale już znowu przeświecające w tym samym, co dawniej, stopniu, tak, że źrenice już są dostrzegalne. Kseroftalmia powróciła zatem ze wszystkimi swymi objawami: znowu woda ścieka po oku, nie zwilżając jego powierzchni, natomiast oliwa rozlewa się jednostajnie po rogówkach i przywraca oczom zwierciadlany połysk, podnosząc zarazem bystrość wzroku do tej samej, co poprzednio, miary.

Wedle wszelkiego prawdopodobieństwa oczy naszej chorej i bez opatrunku, wskutek samego wysychania wilgoci, a wobec zupełnego braku wydzielania łez, wróciłyby po pewnym czasie do pierwotnego stanu zeskórnienia. Bądź co bądź jednak ten tak szybki i tak szczególny, jakkolwiek z góry przewidziany skutek jednorazowego założenia opatrunku spirytusowego, dzięki któremu chora odzyskała dawną, nie świetną wprawdzie, ale cenną bystrość wzroku, — potwierdził zarazem ponad wszelką wątpliwość słuszność podanego wyżej objaśnienia nagłych a niepokojących przemian, przez jakie oczy naszej chorej przechodziły kolejno w czasie dni kilku.

Z drugiej strony ten poniekąd mimowolny eksperyment, na który powoływałem się już na początku tej pracy, przemawia na korzyść mego poglądu, że dopiero zupełne zniszczenie wszystkich gruczołów i gruczolików łzowych wskutek zwyrodnienia bliznowatego i ustanie wydzielania łez stwarza warunki, wśród których prawdziwa kseroftalmia może się rozwinąć, bo pokazuje się, że nawet ta mała ilość wody, która przez zamknięte powieki wnikała do worka spojówkowego, zdołała usunąć wszelkie objawy zeskórnienia.

Objawy te widocznie wobec skąpej nawet, byle stałej irrygacyi długo utrzymać się nie mogą. Oczywiście zbliznowacenie worka spojówkowego jest zawsze następstwem jakiejś czy to ostrej czy przewlekłej sprawy zapalnej i ta sprawa zapalna jest punktem wyjścia wszystkich dalszych zmian anatomicznych. Ostatni jednak okres, okres krańcowego zeskórnienia, rozpoczyna się dopiero z chwilą, gdy ostatni gruczoł łzowy przestanie łzy wydzielać.

Na zakończenie jeszcze kilka szczegółów leczniczych. W ciągu długiego leczenia chorej zrobiłem próbę zastąpienia czystej oliwy mieszaniną w równych ilościach olejku migdałowego z waseliną żółtą możliwie najlepszej jakości. Mieszanina ta przedstawia się jako mazidło (linimentum) półpłynne, a tem samem nie ściekające tak prędko z rogówki, przylegające zaś do jej powierzchni równie dobrze, jak sama oliwa. Mieszanina ta jest w cienkiej warstwie doskonale przeźroczysta, o czem przekonałem się, rozgniatając grudkę tej żółtawej, galaretowatej masy między dwoma płaskiemi szybkami szklanemi. Chora, która już po czystej oliwie doznawała bardzo znacznej ulgi, nauczyła się jeszcze więcej cenić ten nowy środek, który przedewszystkiem znacznie dłużej, niż sama oliwa, utrzymuje w oku miłe uczucie euforyi. Ujemną jego stroną jest jednak to, że warstwa jego nie wytwarza tak gładkiej, sferycznej powierzchni, jak rozlewająca się po rogówce oliwa, dlatego poprawa bystrości wzroku nie jest tak wybitna. Ostatecznie możnaby chorym na zeskórnienie rogówki zapisywać oliwę czystą do zapuszczania w ciągu dnia, a przynajmniej na noc polecać wkładanie pod powieki zapomocą pałeczki lub łyżeczki szklanej wspomnianego mazidła, gdyż do pewnego stopnia zapobiega ono bardzo przykremu uczuciu palenia w powiekach, z jakiem chorzy budzą się co rana.

Dla dokładności zrobiłem także próbę z gliceryną, którą zalecił Taylor [18]. Środek ten rozlewa się po zeskórniałej rogówce i nie najgorzej ją wygładza, ale wywołuje dość silne i długotrwałe pieczenie, a że musiałby również być zapuszczany często i przez czas nieograniczony, więc oczywiście choćby z tego powodu, jako lek objawowy, nie wytrzymuje porównania z oliwą. Wreszcie próbowałem także zapuszczać mleko, zalecone jeszcze przez Graefego i Soelberga-Wellsa [17], a przez Saemischa [8] uznane za najlepszy z istniejących środków, służących do łagodzenia dolegliwości kseroftalmii. Przekonałem się, że mleko, jakkolwiek nie zwilża tak dokładnie zeskórniałej spojówki, jak oliwa, ani nie poprawia wzroku, to jednak podmiotowo uśmierza palenie i zmniejsza uczucie suchości. Skutek łagodzący mleka trwa jednak tak krótko, że należałoby je chyba co godzinę zapuszczać, natomiast wspomniane mazidło wystarczy stosować trzy lub cztery razy dziennie.

Operacyi żadnej u chorej mojej nie podejmowałem. Trudno mi było namawiać ją do poddania się blefarorafii, jaką wykonywali Rudin, Panas, Rabinowicz, Andogski i inni, wobec tego, że młoda, hoża dziewczyna już teraz czuje się nieszczęśliwą z powodu nieznacznego oszpecenia, wywołanego bardzo miernem zwężeniem szpary powiekowej. Od operacyi wstrzymuje mnie i ten wzgląd, że na razie przynajmniej chora czuje się lepiej i lepiej widzi, niż dawniej. To też tymczasem wypuszczam ją z kliniki z poleceniem, aby sobie dalej zakraplała do oczu olejek migdałowy, względnie zapuszczała owo mazidło, — i zdaję sobie przy tem jasno sprawę z tego, że duża poprawa podmiotowa, jakiej chora przy użyciu tych środków doznaje i doznawać będzie, jako też podniesienie bystrości wzroku, które zawdzięcza oliwie, w niczem nie przesądzają jeszcze dalszych losów, jakie gotuje jej oczom nieubłagane, niepowstrzymanie postępujące zeskórnienie.

Literatura. 1. Bitôt: Gaz. médicale, 1863, p. 435. — 2. Bezold: Berl. kl. W. 1874. Nr 33. — 3. Reymond et Colomiatti: Notes pour servir à l'étude des ophthalmies parasitaires. Congr. intern. de Milan 1880, p. 48. — 4. Kuschbert u. Neisser: Verhandl. d. schles. Ges. f. vaterl. Kultur, Nr 4. 1883. — 5. Schmidt: Ueber die Krankheiten des Thränenorganes. Wiedeń 1893, p. 57. — 6. Ammon: Ammon's Zeitschrift f. Ophth. 1831, I., p. 65.— 7. Weber: Über die Xerosis conjunctivae. Inaug. Diss. Giessen 1849. — 8. Graefe-Saemisch: Handb. der ges. Augenh. T. V. 1904. p. 448. — 9. Cuignet: Xerophthalmie, Recueil d'Opht. 1875. p. 197—221. — 10. Buller F.: Ophth. Hosp. Reports, VIII. 1876, p. 421—426. — 11. Rudin: Wiestnik oftalmoł., 1894, XI. p. 76. — 12, Andogsky: Wracz, 1894, Nr 43. — 13. Panas: a) Traité des maladies des yeux 1894. b) Sur les collyres huileux. Arch. d'Ophtalmologie 1900, Nr 2. — 14. Rabinowicz: Wiestnik Oftalmoł. 1895, XII. p. 200. — 15. Wecker et Masselon. Relevé statistique. Paris 1874, p. 29. — Leber: Arch. für Opht. XXIX 1, p. 328. — 17. Soelberg Wells: A treatise on the Diseases of the Eye. 1868, p. 72. — 18. Taylor: De la xérophthalmie. Edinbourgh Medic. and. Surg. Journ. i Annal. d'Oculist. 1854. — 19. Scrini: Encore les collyres huileux. Arch. d'Opht. 1900, Nr 2. — 20. Dufet H.: Recueil de donneés numériques (fascic. Optique). Paris, 1898. — 21. Majewski K. W.: O zastosowaniu komórek wodnych w przypadkach niezborności i rogówki stożkowatej. Wiadomości z kliniki okulist. U. J. 1898. — 22. Fick: Archiv für Augenheilkunde. T. XVIII, 1888, p. 279.

Oceny i sprawozdania.

A. Rosner: **Studya nad konstytucyą narządów płciowych kobiecych**. Kraków, Akademia Umiejętności 1918 (s. 62).

Jako temat powyższej pracy posłużyło autorowi spostrzeżenie, że prócz narządów płciowych kobiecych »zdrowych« i »chorych« w znaczeniu nozologicznem istnieją narządy płciowe kobiece »silne« i »słabe«. Spostrzeżenie to, na pozór proste i znane, a jednak — choć to tak dziwne — nie zostało dotychczas należycie zużytkowane nietylko dla nauki, lecz i dla praktyki ginekologicznej, co znów jest tem dziwniejsze, że właśnie ginekologowie (Freund, Hegar) dali początek całej nowoczesnej nauce

o konstytucyi. Gdy się jednak uwzględni, jak doniosłe znaczenie ma fakt, że istnieją narządy konstytucyjnie więcej i mniej odporne, i to nietylko dla teoryi, mającej na celu wyjaśnienie wielu zjawisk, ale i dla lekarza-praktyka, który, aby mógł skutecznie leczyć, musi sobie należycie zdać sprawę z jakości podłoża, na którem się choroba rozwija, to stanie się jasnem, że opracowanie tego na pozór znanego spostrzeżenia stanowi poważny krok naprzód nietylko w nauce, lecz i w medycynie praktycznej. I oto jest wstępna i zasadnicza wartość powyższej pracy: nadanie temu spostrzeżeniu wartości, jaka się mu należy, t. j. wartości prawidła naukowego; — uzyskanie zaś tego celu wypełnia ogromną lukę nietylko w nauce o konstytucyi, lecz i w ginekologii.

Chcąc wypełnić tę lukę, przeprowadził autor systematyczne badania nad konstytucyonalnym stanem narządów płciowych kobiecych (455 kobiet) i określa go na podstawie: 1) cech morfologicznych (wielkość, kształt), 2) czynności tychże narządów (menstruacya, ciąża, ronienie), 3) ich ewolucyi (rozwój płciowy, zanik starczy).

Zastrzegając się, że nie każde zboczenie od morfologicznej, czynnościowej lub ewolucyjnej normy rzuca światło na konstytucyę danego narządu, stara się autor wykluczyć wszelkie czynniki działające z zewnątrz (przypadkowe stany chorobowe), aby ile możności rozpatrywać zboczenia tylko wrodzone i dziedziczne, a więc istotnie konstytucyjne. Ponieważ zaś badania genealogiczne narządów płciowych są bardzo utrudnione, (rzadko kiedy córka wie cośkolwiek o cechach i czynnościach płciowych swej matki, a do rzadkości należy równoczesne badanie córki i matki), przeto w przeważnej liczbie przypadków da się stan konstytucyjny narządów płciowych stwierdzić tylko na drodze negatywnej: przez wykluczenie wpływu czynników z zewnątrz. Badań tych podjąć się może tylko biegły ginekolog; chcąc określić »wartość« narządów płciowych danej kobiety, porównuje on stan morfologiczny tych narządów, ich czynności i ewolucyę z jakimś idealnym typem »normalnej« kobiety, który to typ musi mieć w głowie, a następnie wyklucza wszelkie czynniki chorobowe, mogące wywołać ewentualne zboczenia od normy, do czego też niemałego trzeba doświadczenia.

Rosner zastrzega się również, że nie chce mówić o t. zw. konstytucyi płciowej neurologów, tylko jedynie o konstytucyi narządów płciowych. Stwierdziwszy bowiem niejednokrotnie, że stan konstytucyjny narządów płciowych może być poniżej normy przy bardzo silnym popędzie płciowym i odwrotnie, proponuje rozdzielenie tego, co w neurologii nazywa się »konstytucyą płciową« (Loewenfeld) na dwa działy: konstytucyę narządów płciowych i konstytucyę korowego ośrodka »libidinis«.

Tylko tą pierwszą, jako dostępną dla ginekologa zajmuje się Rosner, stwierdzając zarazem na podstawie własnych spostrzeżeń, że pewna autonomia narządów płciowych w ustroju przemawia za istnieniem konstytucyi narządów płciowych, niezależnej od stanu reszty ustroju, mimo, że fakt sprzężenia czynności jajników z czynnościami innych gruczołów dokrewnych (czyli gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem) świadczy, zdaniem Rosnera, w pewnych przypadkach o tem, że zboczenia w omawianej dziedzinie są jednym z objawów ogólnej niedomogi konstytucyjnej ustroju.

Bezpośrednie spostrzeżenia na chorych kazały autorowi podzielić cały materyał (455 kobiet) na 3 grupy:

Grupa I: Autor pomieścił tu osoby, których narządy płciowe okazywały niezwykłą energię i odporność, większą od przeciętnej; liczba ich 24, t. j. 5·2%.

Grupa II: Kobiety pod względem narządów płciowych przeciętne; liczba ich 254, t. j. 55·8%.

Grupa III: Kobiety mające narządy płciowe o energii i odporności mniejszej, niż przeciętne; liczba ich 177, t. j. 39%.

Stosunkowo znaczną liczbę w grupie trzeciej tłómaczy Rosner faktem, że te 455 kobiet, to prywatne ambulantki, szukające pomocy lekarskiej u ginekologa, u którego szczególnie często zjawiać się muszą osoby o »słabej« konstytucyi, a więc niepłodne, roniące, nie miesiączkujące i t. d.

Cały materyał swój badał autor, jak wspomnieliśmy wyżej — co do cech: 1) morfologicznych, 2) czynnościowych, i 3) ewolucyjnych.

Ad 1) Podając wyniki swych badań co do cech morfologicznych, zwraca Rosner słusznie uwagę na trudności, na jakie napotyka ginekolog przy ocenianiu »wartości« pierwszorzędnej cechy płciowej t. j. jajnika; gdyby go bowiem nawet zawsze mógł dokładnie określić co do wielkości, kształtu i twardości, co przecież nie zawsze jest możliwe, to jeszcze z tych cech nie może ocenić jego sprawności, gdyż mały jajnik może mieć bogaty aparat pęcherzykowy, a duży może mieć znaczną przewagę tkanki łącznej. Jajniki małowarte są w 58% duże (Hermann i Bartel). Te same trudności napotyka ginekolog przy badaniu jajowodów.

Pewniejsze wyniki daje badanie macicy; w I i II grupie nie znalazł Rosner żadnych zmian; ze 177 kobiet grupy III tylko u 78 można było stwierdzić pewne zmiany w wielkości i kształcie, cechujące niedostateczny rozwój lub dziecięcość; u pozostałych 99 osób same zmiany czynnościowe przemawiały za konstytucyjną niedomogą macicy. I tu więc, jak słusznie zwraca autor uwagę, dla pełnej oceny »wartości« macicy brakuje zwyczajnemu badaniu klinicznemu wykładnika ze stosunku elementów szlachetnych (mięśniowych) do małowartościowej tkanki łącznej, a to w obrazie drobnowidowym.

Przy badaniu pochwy zwraca Rosner uwagę na wązkość sklepień i bujne zmarszczki pochwowe (columnae rugarum), jako na cechy niedostatecznego rozwoju.

Z trzeciorzędnych cech płciowych badał Rosner tylko owłosienie, przyczem okazało się, że t. zw. męskie owłosienie wydarza się nieporównanie częściej w grupie III (30·9%), niż w innych (w II — 1·2%, w I — 0%).

Ad 2). Z właściwości czynnościowych badał Rosner: obfitość krwawień miesiączkowych, częstość pojawiania się ich, niepłodność, ronienie. Wyniki streszczają się w następujących liczbach: Menstruacye stale za skąpe są wprost cechujące dla kobiet grupy III (85·7% z ogólnej liczby wszystkich kobiet, wykazujących skąpe krwawienia miesiączkowe); w grupie II jest ich 14·3%, w grupie I niema ich wcale. Obfitość krwawień nie jest tak cechująca dla grupy I. Nawykowe opaźnianie się miesiączki (retardatio mensium habitualis) stwierdzono u 110 kobiet (z ogólnej liczby wszystkich badanych), z tego 12 należało do grupy II, a 98 do grupy III.

Przy badaniu niepłodności należało uwzględnić niepłodność męża i chronienie się przed zapłodnieniem. Nie mogąc czynników tych wykluczyć, autor brał liczby »nieoczyszczone« w tem przypuszczeniu, że czynniki te dotyczą w jednakiej mierze wszystkich grup. Okazało się, że w grupie II 76% kobiet rodziło, w III tylko 36·7%. Ilość nierodzących (w tem spory zapewne odsetek niepłodnych) był w tej grupie ogromny: 63·3%. Ilość dzieci (średnio — na 1 matkę) była najwyższa u kobiet grupy I, najniższa w grupie III. — Ciekawe jest też zestawienie, w jaki czas po zamęściu kobiety rodziły pierwsze dziecko. Okazało się, że w grupie I 90% kobiet rodzi w pierwszym roku po zamęściu, w grupie III tylko 52%; w trzecim roku po zamęściu w grupie II tylko 3·8%, w grupie III aż 12%. Wynikałoby z tego, że »spóźnienie się pierwszej ciąży« jest cechujące dla kobiet grupy III.

Co do stosunku liczby poronień (oczywiście samorodnych) do liczby porodów, to u kobiet grupy I wypada na 1 poronienie 9 porodów, w grupie II — 5·6 porodów, w grupie III — 3 porody. W III więc grupie są poronienia częstsze, niż w innych.

Ad 3). Z cech ewolucyjnych za najważniejszą uważa Rosner termin rozwoju płciowego; i tu, jeśli nie uwzględnia takich czynników, jak rasa, mieszkanie na wsi lub w mieście i t. d., to w tem przeświadczeniu, że czynniki te przypadną w równej mierze na wszystkie grupy, procentowa zatem statystyka, uzyskana z »liczb nieoczyszczonych«, nie straci na wartości. Okazało się, że osoby grupy III rozwijają się znacznie później, niż grupy I (po 16 r. ż. rozpoczyna miesiączkować 4·2% osób grupy I., 12·1% kobiet grupy II, 23·6% z grupy III). Ważną również cechę ewolucyjną stanowi okres przekwitania. Ilość jednak kobiet, które miały ten okres za sobą, jest w materyale Rosnera tak mała (35), że trudno tu o statystykę. Rosner podaje natomiast ciekawe spostrzeżenie odnośnie do tego okresu, a mianowicie, że osoby, należące do grupy III, kończą miesiączkowanie łatwo, bez t. zw. »molimina climacterica« (uderzenia krwi do głowy, bicie serca, poty i t. d.), u osób zaś należących do grupy I i II objawy te są częste i dokuczliwe.

Osobny rozdział poświęcił Rosner sprawie »libido sexualis« i »orgasmus venereus«. Nasilenie tych cech nie idzie według spostrzeżeń Rosnera w parze z nasileniem czynności płciowych; o silnej »libido« opowiadały częściej kobiety grupy III (33·8%), niż kobiety grupy II (17%).

Punktem wyjścia dalszych rozważań autora na temat badania nasilenia i odporności czynności płciowych są uwagi o doświadczalnem »obciążeniu« różnych narządów, której to metody używa klinicysta, pragnący stwierdzić konstytucyjną siłę i sprawność badanego narządu, n. p. nerki, wątroby, serca. Takiego doświadczalnego »obciążenia« przy badaniu narządów płciowych

nie można niestety użyć, przeto zastanawia się Rosner nad tem, czy sama przyroda nie stwarza warunków, któreby można porównać z doświadczalnem »obciążeniem«. Dochodzi przytem do przekonania, że każdy czynnik zewnętrzny, działający hamująco na czynności płciowe, powinien być dokładnie obserwowany co do skutków, t. j. co do tego, jaki wpływ na te czynności istotnie wywarł. Takimi czynnikami są mnogie choroby ustroju i jedna z czynności fizyologicznych, a mianowicie: karmienie piersią. Autor wylicza cały szereg chorób, hamujących czynności płciowe, i wypowiada zdanie, że niektóre z nich istotnie do zahamowania doprowadzają tylko u osób o słabej odporności, a więc o konstytucyjnej niedomodze. Do tych cierpień należy w pierwszym rzędzie otyłość (adipositas exogenes Noorden). — Większy jednak nacisk kładzie Rosner na sprawę laktacyi, opierając tu wywody swoje na liczbach. Ostatecznie dochodzi do przekonania, że u kobiet grupy III karmienie zatrzymuje miesiączkę, a zapewne też i owulacyę, gdy kobiety grupy I miesiączkują z reguły przez cały czas karmienia, a kobiety grupy II w 50% przypadków. Karmienie piersią jest więc zdaniem Rosnera doświadczeniem, przedsiębranem przez przyrodę, »obciążającem« narządy płciowe i pozwalającem konstytucyjny stan tych narządów w wielu przypadkach rozpoznać.

(Dokończenie nastąpi).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarzy szpitala powszechnego we Lwowie.

Inauguracyjne posiedzenie naukowe d. 26. czerwca 1918.

Przewodniczący: Dyrektor Dr Ziembicki. Sekretarz: Dr Warchoł.

Odczyt kol. Orzechowskiego: **O zasadach morfologii klinicznej. Typ morfologiczny stwardnienia rozsianego.** O. przedstawia zasady morfologii klinicznej, opracowane przez Sigauda i jego uczniów Chailleu i Mac Auliffea, w myśl których główne typy konstytucyonalne ludzkie dają się ująć w cztery kategorye: typ oddechowy, trawienny, mięśniowy i mózgowy. Typy czyste istnieją w małym odsetku, przeważają typy mieszane. Poszczególne typy są wytworem przystosowania ustroju do warunków bytu i środowiska. W odpowiedniem sobie otoczeniu dany typ jest tworem naturalnym, prawidłowym i w tem środowisku ma najpomyślniejsze warunki powodzenia biologicznego. W warunkach nieodpowiednich dla danego typu, gdy n. p. osobnik typu oddechowego przebywa stale w niewłaściwem dla siebie środowisku wielkomiejskiem, następuje niedomaganie, marnienie i skłonność do chorób narządu przerosłego i cechującego wyodrębnienie danego typu, więc w przypadku przez nas wybranym do chorób narządu oddechowego. Przykłady poszczególnych typów: nasi górale, Albańczycy dla typu oddechowego, Holendrzy, Bawarczycy, staromieszczanie lwowscy dla typu trawiennego, murzyni dla typu trawiennego prostackiego. Typy mózgowe spotyka się często wśród naszych Żydów i biurokratów, przykładem zaś typu mięśniowego są rzeźby greckie, atleci, niektórzy anarchiści. Podział typów konstytucyonalnych na zasadach morfologicznych wedle Sigauda ma zalety prostoty, ścisłości przyrodniczego uzasadnienia i można go z łatwością bez potrzeby przeprowadzania specyalnych pomiarów przystosować do potrzeb klinicznych. Stąd jeden krok dalej do antropometryi klinicznej, której potrzeba w miarę kontynuowania obecnego kierunku konstytucyonalnego w patologii wyłoni się niezawodnie w bliskiej przyszłości.

Nie ulega wątpliwości, że pewne typy usposabiają do szczególnych chorób, więc typ oddechowy do schorzeń gruźliczych, trawienny do cierpień jelitowych i przemiany materyi. Z cierpień neurologicznych wiąd niemal wyłącznie dotyczy typu oddechowego, porażenie postępujące ludzi o typie mięśniowym lub mieszanym trawienno-mięśniowym. Prelegent nawiązuje do swoich dawnych badań nad konstytucyą cielesną chorych na stwardnienie rozsiane, które uwzględnił w swoim referacie: »Choroby nerwowe a wewnętrzne wydzielanie« na Zjeździe neurologów w Krakowie 1912. Wówczas już wyosobnił typ sklerotyków, pokrywający się z typem mięśniowym lub mieszanym mięśniowo-trawiennym Sigauda. Przedstawia osiem przypadków, t. j. wszystkie, jakie w tej chwili ma na oddziale. Wszystkie te przypadki stwardnienia rozsianego odpowiadają wspomnianemu typowi, a nadto wykazują jednolitość typu konstytucyi narządów płciowych (kol. Wiczyński), w dwóch tylko jest zresztą słaba domieszka jeszcze oddechowego typu, względnie mózgowego. Przytem jednak nierzadko są równocześnie obecne pewne cechy drobnej budowy, n. p. małe ręce lub stopy. Na uogólnienie dotychczasowych spostrzeżeń nie pozwala za skąpy jeszcze materyał. Na razie typ trawienno-mięśniowy wydaje się tak znamiennym dla stwardnienia rozsianego, że w przypadkach, gdzie tego typu nie było, wysuwało się przypuszczenie omyłki rozpoznawczej, które dalsza obserwacya przebiegu przeważnie potwierdzała. Zastrzega się jednak prelegent, że wyjątkowo spotykał przypadki, które wedle naszych dotychczasowych wiadomości niewątpliwie należało uważać za przypadki stwardnienia rozsianego, a które zasadniczemu zresztą u sklerotyków typowi trawienno-mięśniowemu nie odpowiadały. (Autoreferat).

Kol. Wiczyński podaje, że w przypadkach, przedstawionych przez kol. Orzechowskiego, badał **zachowanie się narządów płciowych**, aby odpowiedzieć równocześnie na 2 pytania: 1) Jaki jest stosunek konstytucyi tych narządów do czterech typów konstytucyonalnych Sigauda; 2) jaką konstytucyę narządów płciowych wykazują kobiety, cierpiące na pewne choroby nerwowe, co do których tła przypuszcza się z większem lub mniejszem prawdopodobieństwem — zaburzenia w czynności gruczołów dokrewnych. Obecnie zdaje Wiczyński sprawę tylko z wyników badań w tym kierunku w przypadkach, dotkniętych stwardnieniem rozsianem. Nadmienia Wiczyński przytem, że gdy cztery typy ogólnej konstytucyi Sigauda — jak to przedstawił kol. O. — oparte są wyłącznie na morfologii człowieka, to mowca w badaniach swych nad konstytucyą narządów płciowych ko-

biecych oparł się z natury rzeczy prócz tego — i to może w znaczniejszej jeszcze mierze — na fizyologii tych narządów. Stwierdziwszy, że narządy płciowe kobiece ani pod względem morfologicznym, ani fizyologicznym nie przedstawiają się jednakowo, lecz że istnieją obok »normalnych« często indywidualne odchylenia in minus (zbliżone do częściowego infantylizmu w znaczeniu W. A. Freunda i Antona) i odchylenia in plus w znaczeniu hypergenitalizmu (Naegeli), przyjmuje kol. W. podział konstytucyi narządów płciowych kobiecych na 3 typy: słaba, normalna i silna, zastrzegając się, że podział ten — przyjęty ze względów praktycznych — nie jest poparty dostatecznie statystyką.

Wprawdzie dotychczasowe badania kol. Wiczyńskiego ze względu na szczupły do tej pory materyał nie pozwalają na wyciągnięcie daleko idących wniosków, jednakże nasuwają myśli następujące: 1) Ogólnemu typowi konstytucyonalnemu: mięśniowemu wzgl. mieszanemu mięśniowo-trawiennemu (Sigauda) u kobiet odpowiada konstytucya narządów płciowych prawidłowa lub silna, a w każdym razie nie słaba. 2) Chorym na stwardnienie rozsiane odpowiada również konstytucya narządów płciowych prawidłowa lub silna. Dalsze badania co do innych chorób są w toku*). (Autoreferat).

Dr Warchoł, sekretarz.

*) Korzystając z opóźnienia sprawozdania z odczytu z d. 26. VI. 1918 uzupełniają O. i W. wyniki powyżej podane. Od owego czasu mieli możność badać tylko **5 nowych przypadków stwardnienia rozsianego**. We wszystkich przypadkach stwierdzili z jednej strony konstytucyę ogólną o typie mięśniowo-trawiennym, z drugiej zaś konstytucyę narządów płciowych prawidłową, często z odchyleniem ku silnej.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Prof. Dr Roman Nitsch został mianowany rzeczywistym profesorem higieny i bakteryologii.

— Ministerstwo W. i O. zatwierdziło habilitacyę Dr Władysława Bujaka z zakresu pedyatryi.

Lwów. Ministerstwo W. i O. zatwierdziło habilitacyę Dr Jakóba Rothfelda z zakresu nerologii.

Warszawa. Pierwsze posiedzenie naukowe wojskowo-lekarskie odbyło się 6. VI. b. r. w Szpitalu Ujazdowskim w obecności naczelnego lekarza Wojsk Polskich, generała Dr Hordyńskiego i zaproszonych jako gości lekarzy cywilnych z prezesem Towarzystwa lekarskiego Dr Jakowskim na czele. Posiedzeniu przewodniczył podpułkownik doc. Dr Radliński.

Zmarli: Dr Józef Bielawski w Borku (Wielkopolska).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 26. Kraków, 28. czerwca 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Rok LVIII. Kraków, 28 czerwca 1919. Nr. 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału zakaźnego Szpitala powszechnego we Lwowie Prym. Dr W. Arnold.

Grypa hiszpańska jako powikłanie płonicy

podała

Dr Marya Fijałkowska-Strzelecka,
lekarka oddziału chorób zakaźnych lwowskiego Szpitala powszechnego.

Spostrzeżenia moje obejmują przeszło 60 przypadków; mimo stosunkowo niezbyt znacznej liczby można jednak na ich podstawie określić wzajemne oddziaływanie grypy i płonicy w razie równoczesnego ich występowania. Nie będę opisywać dokładnie już znanych objawów grypy hiszpańskiej; jednak podnieść muszę, że nasi chorzy, oprócz wspomnianego prawie u wszystkich autorów zaczerwienienia spojówek oczu, przedstawiali tak znamienne zaróżowienie białkówek, nieraz nawet już w okresie wylęgania choroby, że objaw ten pozwalał wcześnie rozpoznawać grypę, a nawet mógł ułatwić rozpoznanie różniczkowe. Dwa przypadki, gdzie z wywiadów można było przypuszczać płonicę, okazały się samą tylko grypą. Jeden z nich odnosił się do 19-letniej siostry zakonnej, dozorującej naszych chorych na płonicę. Wszystkie objawy, oprócz zaróżowienia białkówek, przemawiały początkowo za płonicą, dopiero dalszy przebieg wykazał właściwą chorobę. W ciągu kilku dni miała ta chora także pokrzywkę. Drugi przypadek tyczył się 16-letniej dziewczyny, której siostra rodzona, dwie siostrzenice i siostrzeniec leżeli u nas z powodu płonicy. U tej chorej była osutka na całej skórze, z wyjątkiem twarzy, podobna do płoniczej, w gardle lekkie zaczerwienienie bez nalotów, ciepłota do 39°, kaszel suchy, męczący. Na drugi dzień pokazały się opryszczki na dolnej wardze, stan podgorączkowy. Gorączka wkrótce ustąpiła, łuszczenia zupełnie nie było; po 16 dniach chora opuściła szpital z rozpoznaniem grypy. Obydwie te chore z powodu wybitnego zaróżowienia białkówek odrazu odosobniono.

Oba te przypadki wskazują, jak pomocnym objawem bywa owo zaróżowienie białkówek. Zaróżowienie to trwało 3—5 dni obok innych objawów nieżytowych. Badanie dna oka stwierdza w takich przypadkach stosunki prawidłowe.

Liczba przypadków płonicy była w pierwszej połowie roku 1918 niezbyt duża; wzmogła się ona dopiero w czerwcu, dosięgając szczytu we wrześniu (przyjęto 78 osób), a szczególnie w pierwszej jego połowie; w drugiej połowie września i w październiku wystąpiła we Lwowie w całej pełni grypa, przyłączając się też do płonicy. Od 1. listopada ustał ruch ludności we Lwowie wobec najazdu ruskiego; dlatego też i liczba odrazu znacznie spadła; w listopadzie chorych na płonicę przywieziono do naszego szpitala 2, w grudniu 4, w styczniu 2.

Prawie więc wszystkie nasze przypadki odnoszą się do września i października. Przypadki te podzielę na grupy, odpowiednio do okresu, w którym przyłączyła się grypa. Do pierwszej grupy zaliczam te, w których grypa przyłączyła się do ostrego gorączkowego okresu płonicy; do drugiej te, w których grypa przyłączyła się już po przejściu ostrego okresu płonicy, jednak nie później jak w trzecim tygodniu płonicy; do trzeciej — wszystkie pozostałe.

Chorych pierwszej grupy mieliśmy 17 (6 dziewcząt, a 11 chłopców); z nich 14 (wszystkie dziewczęta i 8 chłopców) zmarło, co stanowi niebywały odsetek, przeszło 82%, gdy poprzednio na 341 przypadków samej tylko płonicy, leczonych u nas od początku roku do września, zmarło 19, czyli 5·5%; wskazuje to na wyjątkowo łagodną postać płonicy, która dopiero po dołączeniu się grypy przybrała cechę tak złośliwą. Dwie chore tej kategoryi przywieziono już konające; zmarły one w parę godzin po przyjęciu, w trzecim dniu choroby. Badanie kliniczne stwierdzało u nich przeważające objawy grypy pod postacią rozsianego zrazikowego zapalenia płuc i oskrzelków. Bardzo ciężkie objawy już od samego początku przedstawiał 2-letni chłopiec M. L.: obustronne zapalenie oskrzeli obok ciężkich objawów płonicy, prócz tego wrzód prawej rogówki, który przebił rogówkę i wywołał zniszczenie całej gałki ocznej. Dziecko to zmarło w 12 dni po przyjęciu wśród coraz cięższej duszności i sinicy.

Dwa inne przypadki zasługują na uwagę ze względu na objawy ostrej psychozy: U 14-letniej I. K. od 3 dni objawy lekkiej płonicy; silne zaś zaróżowienie białkówek i kaszel suchy, męczący, wskazują na powikłanie grypą. Następnego dnia bardzo obfity krwotok z nosa; przedmiotowo stwierdzono lekki nieżyt oskrzeli. Trzeciego dnia ostra psychoza: chora po szamotaniu się z siostrą zakonną wyskoczyła oknem (wysoki parter), przebiegła w koszuli przez cały ogród szpitalny i przez parkan wydostała się na ulicę, skąd z wielką trudnością udało się ją przyprowadzić do szpitala. W pół godziny potem chora zachowywała się zupełnie spokojnie i odpowiadała przytomnie; również i w dniach następnych chora nie okazywała żadnego podniecenia. Na drugi dzień wystąpiły objawy zrazikowego zapalenia płuc, ósmego zaś dnia po tym wypadku chora zmarła wśród objawów osłabienia serca.

W podobny sposób wystąpiła psychoza również u 18-letniego chłopca W. S., przywiezionego z objawami ciężkiej płonicy w ostrym okresie. Zwracał uwagę gnilny zapach z ust. W wydzielinie z gardła nie znaleziono prątków Löflera. Chory niespokojny; źle spał w nocy. W ciągu następnych dwóch dni dołączyło się porażenie podniebienia miękkiego; chory ciągle jednakowo niespokojny. C. do 39°. Trzeciego dnia ciepłota prawidłowa; po obiedzie chory wyskoczył oknem (wysoki parter) do ogrodu; sprowadzono go na salę i umieszczono w łóżku siatkowem. Wieczorem tegoż dnia znowu wyskoczył przez okno, pomimo drutu kolczastego szybko przedostał się do sąsiedniego dużego ogrodu, zrzucił tam z siebie koszulę i położył się pod płotem; z trudem sprowadzono go na oddział. Na drugi dzień opowiadał o tem prawie zupełnie spokojnie. Odtąd zaczął się prawidłowy okres zdrowienia.

Z innych przypadków należy wspomnieć o rodzeństwie — 2 chłopcach i dziewczynce, przywiezionych do nas w trzecim tygodniu płonicy w połączeniu z grypą; w domu przed kilku dniami z tego samego powodu zmarło dwoje. U wszystkich trojga były także objawy ciężkiego zapalenia nerek; rozlane zapalenie oskrzeli drobnych, serce — w okresie wyczerpania. Po trzech dniach dziewczynka zmarła wśród objawów mocznicy, starszy 11-letni chłopiec zmarł 9. dnia pobytu u nas wśród objawów duszenia się; po 4 dniach zmarł i młodszy 7-letni wśród tych samych objawów. W parę dni po przybyciu tych trojga przywieziono 18-letniego ich brata przyrodniego z takimiż samymi prawie objawami ze strony płuc i szybko przemijającem zapaleniem nerek. Chłopiec ten w niespełna 3 tygodnie powrócił do domu całkowicie zdrowy.

Przebieg choroby w 7 innych przypadkach płonicy z grypą,

zaliczonych do pierwszej grupy, nie przedstawiał nic szczególnego, a śmierć nastąpiła z powodu grypowego zapalenia płuc lub zajęcia oskrzelków (z wybitną wtedy sinicą i dusznością) przeważnie w drugim tygodniu choroby (3 dzieci 3-letnich, bracia 7 i 9-letni i 12-letni chłopiec), u jednego zaś 5-letniego chłopca śmierć nastąpiła dopiero w 8. tygodniu choroby.

Tak więc w przytoczonych 14 przypadkach śmiertelnych główną rolę w niepomyślnym wyniku należy przypisać grypowemu zajęciu płuc lub też znamiennemu dla grypy bardzo szybkiemu wyczerpaniu serca.

Do drugiej grupy zaliczyłam przypadki, w których grypa dołączyła się już po przejściu ostrego okresu płonicy, lecz nie później jak w trzecim tygodniu. Takich przypadków było 14 (6 chłopców, 8 dziewcząt); z nich jeden zakończył się śmiercią. S. W. 15-letnia, bardzo dobrze odżywiona, chora od tygodnia, przedstawia typowe objawy niezbyt ciężkiej płonicy. W dniu przyjęcia ciepłota 39° i 38°; w następnych dniach stan podgorączkowy; stan podmiotowy dobry. Dopiero w końcu drugiego tygodnia zaczęła się chora skarżyć na silny ból w kolanach, następnie w rękach, w końcu na ogólne osłabienie do tego stopnia, że nie mogła podnieść się sama do badania, pomimo że przedtem już zaczynała wstawać. Ciepłota szybko podniosła się do 40·4°; lekkie objawy nieżytowe, zaczerwienienie powiek, zaróżowienie białkówek nasunęły odrazu myśl o grypie; tętno małe, ledwo wyczuwalne, bardzo przyśpieszone, wskazywało na silne wyczerpanie mięśnia sercowego, które szybko doprowadziło do śmierci.

U dwóch chłopców grypa pojawiła się dwukrotnie w ściśle określonym czasie: A. Ł., 17-letni, chorował w domu wraz z innymi na grypę; brat jego młodszy umarł na naszym oddziale z powodu grypy w połączeniu z płonicą. U A. Ł. płonica wyraźna, o lekkim przebiegu; dopiero 15. dnia pobytu na naszym oddziale chory zaczął się skarżyć na lekki ból głowy, kaszel suchy; w płucach objawy rozlanego nieżytu oskrzeli; ciepłota najwyższa 38·7°, przeważnie do 38°, trwała 7 dni, potem gorączka ustąpiła. Po kilku dniach chory zaczął przejawiać ogromne zniecierpliwienie, niepokój, chęć ucieczki; stan taki trwał dwa dni, poczem chory wrócił do równowagi i całkowitego zdrowia. W drugim przypadku 15-letni chłopiec, C. F., chorował na grypę na tydzień przed przyjęciem do szpitala, dokąd przywieziono go w drugim dniu płonicy. Płonica przebiegała bardzo lekko; dopiero na początku 3. tygodnia płonicy ciepłota bez żadnych widocznych powodów podniosła się do 39·9°; następnego dnia przy ciepłocie 40·1° pojawiło się wybitne zaróżowienie białkówek, w gardle lekkie zaczerwienienie tylnej ściany i języczka, suchy kaszel, senność; w płucach nie wykryto zmian. Stan podgorączkowy trwał 8 dni, poczem nastąpiło szybkie wyzdrowienie.

K. L., 9-letnia, przywieziona na nasz oddział w okresie rozpoczynającego się łuszczenia; ciepłota prawidłowa, stan podmiotowy bardzo dobry. Dopiero 11. dnia pobytu w szpitalu ciepłota szybko podniosła się do 39°; oczy przybrały znamienne zabarwienie różowe, w płucach rozlany nieżyt oskrzeli. Stan podmiotowy wciąż bardzo dobry pomimo gorączki, dochodzącej do 40° lub mało co niżej w ciągu 13 dni; następnie przez kilka dni ciepłota prawidłowa, wkrótce jednak przybrała tor podgorączkowy, a mocz, do tego czasu zupełnie czysty, stał się w końcu 6. tygodnia choroby silnie krwawym, wydzielając się jednak w dostatecznej ilości; obrzęków nie było. Mocz wogóle dość szybko powrócił do stanu prawidłowego, już po 3 tygodniach był zupełnie czysty i K. L., przebywszy u nas 2 miesiące, wróciła do domu zupełnie zdrowa.

Podobnież 8-letnią dziewczynkę, Z. S., przywieziono na nasz oddział z powodu płonicy w okresie rozpoczynającego się łuszczenia. W domu wszyscy chorowali na grypę. Czwartego dnia pobytu w szpitalu pojawiło się znamienne zaróżowienie białkówek, kaszel suchy, jako wynik lekkiego nieżytu oskrzeli; C. 39° prawie stale; po 10 dniach ciepłota podniosła się do 40°, w gardle na tylnej ścianie szarawy nalot, przyczem silne obrzmienie migdałków utrudniało oddychanie, chora zaciągała się jak przy błonicy, jednak badanie w tym kierunku dało wynik ujemny. I rzeczywiście — ten groźny stan trwał tylko około dwóch dni, poczem nalot szybko znikł, oddech stał się prawidłowym, ciepłota jednak dopiero po 2 tygodniach wróciła do poziomu prawidłowego. W tydzień po spadku ciepłoty, a w końcu 6. tygodnia pojawił się w moczu ślad białka przy zupełnie dostatecznej ilości moczu; obrzęków nie było i chorą wkrótce zabrano do domu.

U 10-letniej dziewczynki, G. R, przebieg grypy oprócz zwykłych objawów nieżytowych i nadzwyczaj nierównego zwolnionego tętna 52 przy ciepłocie koło 40°, zaznaczył się w dalszym ciągu już w okresie znacznej poprawy, przy ciepłocie podgorączkowej, nadzwyczaj silnym bólem brzucha w okolicy pępka, występującym zwykle koło 4—5. popołudniu przez kilka dni; poza tem nie można było stwierdzić nic nieprawidłowego. Objawy grypy trwały przez 3 tygodnie; stopniowy powrót do zdrowia.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

(Dokończenie).

Osobny, obszerny ustęp poświęca Rosner kontroli swoich wyników. W tym celu zniósł w zupełności podział na grupy, a zestawił w liczbach tylko same właściwości morfologiczne, czynnościowe i ewolucyjne i badał, które z nich są ze sobą sprzężone. Okazało się, że te kobiety, które zaczęły wcześnie miesiączkować, miewały miesiączkę podczas karmienia częściej, niż inne, że te miesiączkujące podczas karmienia nigdy prawie nie miewały skąpych miesiączek, że przeciwnie kobiety o skąpych miesiączkach i późnym rozwoju traciły miesiączkę podczas karmienia, że dalej te kobiety, u których miesiączka zwykła była przychodzić z opóźnieniem, okazywały podczas karmienia brak miesiączki (amenorrhoea). Liczby statystyczne wykazały dalej, że owłosienie o typie męskim wydarza się szczególnie często u osób, u których peryody się spaźniają, że tak owłosione kobiety dziwnie często są niepłodne, a jeśli

rodzą, to uderzająco mało dzieci. Ostatecznie wyszło na jaw, że istnieje sprzężenie całego szeregu rozmaitych właściwości i że właśnie te są ze sobą sprzężone, które cechują osobniki pewnej grupy konstytucyjnej. Okazało się dalej, że właściwości te są dziedziczne i ten fakt najdowodniej wykazuje, że są konstytucyjne. Rosner przytacza tu szereg spostrzeżeń z praktyki, w których dziedziczność całego szeregu właściwości jasno się zaznacza.

Uporawszy się z dowodem, że w jego trzech grupach istotnie konstytucyjny stan odgrywa rolę, powraca autor do pytania, czy ta konstytucya jest sama dla siebie czemś skończonem, czy też jest częścią niedomogi konstytucyjnej ogólnej. W badaniach swoich uwzględnia autor w pierwszym rzędzie dziecięcość ustroju (infantilismus), a dalej t. zw. Stillerowską ogólną astenię, wreszcie »status thymico-lymphaticus« (Paltauf) i »status hypoplasticus« (Bartel). Wyniki są następujące: Ze 177 kobiet, należących do grupy III, tylko 11 okazywało cechy dziecięcości ogólnej typu Lorrain. U innych albo była odosobniona dziecięcość narządów płciowych (67 razy), albo nie było zgoła żadnej z cech dziecięcości. Niewątpliwie dziecięcość Lorrainowska mieści w sobie niedomogę konstytucyjną narządów płciowych, ale nieporównanie częściej niedomoga ta istnieje, choć dziecięcości niema. Stillerowska astenia niema zdaniem Rosnera żadnego związku z konstytucyjną niedomogą narządów płciowych, co znajduje dowód w liczbach. Związek ten natomiast istnieje między stanem hypoplastycznym wzgl. limfatyczno-grasicznym, a tą niedomogą.

W ostatnim ustępie swojej pracy staje Rosner w zupełności na stanowisku praktyka-klinicysty i zadaje sobie pytanie, jaki wpływ wywiera stan konstytucyjny narządów płciowych na patogenezę chorób ginekologicznych. Rozdział ten jest raczej zapowiedzią badań w tym kierunku, niż szczegółową odpowiedzią na to pytanie. Materyał autora okazał się dostatecznie obfitym dla ustalenia pojęć o takiej lub innej konstytucyi, nie wystarcza jednak na to, żeby rozstrzygnąć ważne zagadnienie patogenezy chorób kobiecych. Autor zdaje sobie sprawę z tego i wyrywa kilka zaledwie spraw chorobowych, zastrzegając się, że liczby swoje uważa za zbyt małe. Zajmuje go szczególnie sprawa patogenezy mięśniaków, które w jego materyale spotyka się uderzająco częściej w grupie II niż III. »Silna« konstytucya, a przytem »nierodzenie« zdaje się sprzyjać rozwojowi mięśniaków. Odwrotnie »słaba« konstytucya ułatwia przeniesienie się wiewióra na jajowody, Z tych i innych spostrzeżeń wysnuwa autor wnioski dla praktyki lekarskiej, dając tem dowód, że nawet z najbardziej teoretycznych rozważań wyciągnąć może korzyść praktyk-lekarz.

Oto streszczenie materyału faktów i myśli, zawartych w pracy Rosnera. Że materyał ten bogaty, wypadło dłuższe nad zwykłą miarę streszczenie, co zresztą znajdzie usprawiedliwienie i w tem, że ułatwia ono zapoznanie się z tą ważną pracą ogółowi lekarzy.

Na zakończenie chcą sprawozdawcy pokrótce zaznaczyć własny punkt widzenia. Niewątpliwie mamy przed sobą pierwszą próbę i to, jak odrazu można powiedzieć, próbę udałą, wyosobnienia typów konstytucyjnych dla narządów płciowych żeńskich. Doświadczony i myślący praktyk znajduje tu sprecyzowanie własnych intuicyi, ich uświadomienie. Co kryło się pod świadomością niejednego zapewne ze specyalistów, zostało w pracy Rosnera wydobyte na jaw, rozświetlone liczbami, z mocą ścisłego dowodu. Nabiera się też odrazu przekonania, że aczkolwiek przyszłość może przynieść pewne zmiany w szczegółach, to jednak zasadnicze linie podziału i kryterya typów pozostaną bez zmiany; mamy to głębokie przekonanie, że poza znaczeniem pracy Rosnera dla rokowania ginekologicznego i bezpośrednią jej wartością dla lekarza-praktyka należy podnieść doniosłość jej dla przyszłych badań nad patogenezą cierpień ginekologicznych ze stanowiska nauki o konstytucyi, który to dział już w tej pracy autor udatnie porusza (patogeneza mięśniaków). Z drugiej strony w wynikach omawianej pracy zyskujemy punkt wyjścia do poszukiwań etyologicznych nad całym szeregiem schorzeń wewnętrznych, neurologicznych i innych, związanych ze sferą dokrewną płciową. Poprzez stany konstytucyi płciowej, których możność poznania teraz zdobyliśmy, domniemywać się możemy stanów czynnościowych jajnika, bo wyniki badania konstytucyi pokrywają się wielokrotnie z oceną sprawności. Wszystkie usiłowania dotychczasowe, w tym kierunku idące, chromały na punkcie ścisłości dla braku podstawowych badań. Patolog musi więc być wdzięczny Rosnerowi za nową, ścisłą metodę badania. Dlatego sądzimy, że praca Rosnera twórczo podziała na umysły, skierowując je na cele, przed którymi dotąd leżały bezdroża i że powinna odegrać taką rolę, jaką miały w patologii prace nad astenią, może nawet nad hypoplastyczną i limfatycznograsiczną konstytucyą, a w każdym razie przewyższa ona doniosłością praktyczną prace nad dziecięcością, choćby dlatego, że obejmuje rzeczy powszednie w przeciwstawieniu do rzadkości infantylizmu, pomijając już niejasności w pojęciu tegoż.

Za zasługę i odważne przedsięwzięcie uważają referenci postawienie pojęcia konstytucyi narządów płciowych obok pojęcia konstytucyi erotycznej, jako rzeczy niewspółmiernych, które można rozpatrywać także oddzielnie od siebie. Na sformułowane w tym względzie zapatrywania autora psychiatrzy i neurologowie chyba się zgodzą, zresztą na antagonizm nawet erotyki i sprawności dokrewnej płciowej zwracali uwagę właśnie neurologowie (R. Stern w pracy o rokowaniu w chorobie Basedowa, K. Orzechowski w badaniach nad patogenezą chorób myotonicznych).

Wartość myślowa pracy, przejrzysty układ, wzorowa metodyka badania, piękny język, niezwykle ujmująca szata literacka stanowią walory pracy, która w wyjałowionej wojną naszej literaturze lekarskiej działa naprawdę ożywczo. Zamykamy to sprawozdanie życzeniem, by praca Profesora Rosnera stała się rzeczywiście ośrodkiem dalszych owocnych badań, jak to wyżej przewidujemy.

Lwów w kwietniu 1919.

K. Orzechowski. T. Wiczyński.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Doc. Dr Aleksander Baurowicz został mianowany nadzwyczajnym profesorem laryngologii.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Bernard Edelman, rodem z Działoszyc.

— Z powodu stosunków, panujących w krajowym Zakładzie dla umysłowo chorych w Kobierzynie, zarządzanym przez Wydział krajowy, ustąpili ze stanowisk obaj lekarze tego zakładu: kierownik Dr Jan Nelken i ordynaryusz Dr Ignacy Fuhrman.

Lwów. Prof. Dr Witold Nowicki został mianowany płatnym profesorem anatomii patologicznej.

Warszawa. Sejm uchwalił następujące wnioski Komisyi sanitarnej, oparte na wnioskach posła prof. Dr A. Halbana: Wzywa się Rząd, by przy wykonywaniu ustawy z dnia 7 kwietnia 1919 r. o powołaniu lekarzy do służby wojskowej uwzględnić następujące postulaty: 1) Na liniach bojowych i etapach wojskowych winien zarząd wojskowo-sanitarny dbać również o potrzeby zdrowotne ludności cywilnej, zwłaszcza jeżeli zachodzi brak lekarzy cywilnych. 2) Lekarzom cywilnym, powołanym do służby wojskowej, a nie będącym w wieku poborowym, należy nadawać stopnie wojskowe z uwzględnieniem wieku i lat praktyki zawodowej, oraz ewent. stanowisk w służbie państw. 3) Dodatki do poborów na rodziny powinny być powiększone w tych wypadkach, gdy powołani lekarze, nie będąc w wieku poborowym, pełnią służbę poza miejscem stałego zamieszkania. 4) Lekarzom cywilnym, którzy pełnią obowiązki publiczne, ale mogli być zastąpieni i dlatego, w myśl art. 4 ustawy, zostali powołani do służby wojskowej, należy zachować stanowiska dotychczasowe, a w szczególności prawo do awansu na tychże stanowiskach w czasie służby wojskowej i policzyć im czasokres, spędzony w armii, podwójnie w stosunku do sposobu liczenia, przyjętego w służbie cywilnej. 5) Powołanych lekarzy cywilnych należy, o ile możności, używać zgodnie z ich szczególną kwalifikacyą zawodową, bez względu na stopień wojskowy, zwłaszcza w organizacyi szpitali i oddziałów specyalnych szpitali, oraz w kierownictwie tymi zakładami. — Rezolucya: 1) Wobec braku lekarzy w kraju, Komisya Sejmowa zdrowia publicznego zwraca uwagę na tych lekarzy, którzy mogliby uzyskać dyplomy krajowe drogą skróconych egzaminów, nie robią jednak tego, by nie być powołanymi do wojska. Lekarzy takich należy pozbawić prawa uzyskania dyplomu drogą skróconych egzaminów, o ile nie stawią się do wojska. 2) Wzywa się Rząd, by przedstawił Sejmowi do zatwierdzenia projekt ustawy o rozszerzeniu ustawy z dnia 7 kwietnia o powołaniu lekarzy do wojska na kobiety-lekarzy, z uwzględnieniem ulg, wynikających ze stanowiska rodzinnego kobiety. 3) Wzywa się p. Ministra zdrowia publicznego, by przedstawił Sejmowi do zatwierdzenia projekt ustawy o przymusowem powołaniu lekarzy bez różnicy płci do służby cywilnej z prawem przenoszenia ich w miarę potrzeby.

— Prof. Dr Franciszek Krzyształowicz z Krakowa mianowany został zwyczajnym profesorem dermatologii, a Dr Antoni Leśniowski zwyczajnym profesorem chirurgii i kierownikiem chirurgicznej kliniki propedeutycznej w Warszawie.

Redakcya otrzymała: W. Janowski: 1) Znaczenie krzywej żylnej miarowej oraz zupełnie niemiarowej w sprawie rozpoznawania mechanizmu powstawania niedostateczności czynnościowej zastawki trójdzielnej. 2) Kilka uwag w sprawie docentów na wszechnicach polskich. (Gazeta lek. 1919).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 27. Kraków, 12. lipca 1919. Rok LVIII.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K ·15—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K.

Do tego Nru załącza się Dra T. Gabryszewskiego „ABC walki z gruźlicą“.

Rok LVIII Kraków, 12. lipca 1919 Nr. 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B) krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Spostrzeżenia nad epidemią grypy hiszpańskiej

napisał

Prym. **Dr Antoni Krokiewicz.**

Pierwsze przypadki gorączki hiszpańskiej zauważono na oddziale w sierpniu r. 1918; były one nieliczne i o łagodnym przebiegu. Dopiero od września gorączka hiszpańska przybrała charakter epidemiczny, złośliwy, częstokroć śmiertelny i utrzymywała się przez wrzesień, październik, listopad, grudzień. Ogólna liczba chorych, leczonych na oddziale na gorączkę hiszpańską, wynosiła w tych miesiącach 320 (98 m. 222 k.), przyczem najwięcej chorych przypadało na październik t. j. 45·3% (145), mniej na listopad (70) t. j. 21·9%, a we wrześniu i grudniu t. j. w czasie wzmagania się i słabnięcia epidemii ilość chorych była znacznie mniejsza i wynosiła ten sam prawie odsetek, bo 16·5—16·2% (53—52 chorych). Wynika z tego, iż największe nasilenie epidemii przypadało na październik, poczem epidemia się zmniejszała — i to względnie odpowiednio w tym stopniu, jak z początku wzrastała.

Na ogólną liczbę 320 chorych zmarło z powodu gorączki hiszpańskiej 77 (34 m. 43 k.), t. j. 24·06%; wyzdrowiało 243 (64 m. 179 k.), t. j. 75%. Największa śmiertelność przypadała na październik, bo odsetek zmarłych wynosił 54·5% (42 chorych), co odpowiadało też największemu nasileniu epidemii. We wrześniu, t. j. w okresie wzmagania się epidemii grypy hiszpańskiej, śmiertelność wynosiła 23·3% (18 chorych), w listopadzie 12·9% (10 chorych), a w grudniu 9·09% (7 chorych). Znacznie mniejszą śmiertelność w listopadzie i grudniu odnoszę w części do słabnięcia nasilenia epidemii, głównie jednak do sposobu leczenia, który naówczas na oddziale stosowano.

Według wieku było chorych 27·8% od 12—20 lat; 49·06% od 20—40 lat; 18·1% od 40—60 lat; 5% od 60—79 lat. Najmłodszy liczył 12 lat, a najstarszy 79 lat. Największy odsetek chorych przypadał na wiek od 20—40 lat i dość duży na wiek od 12—20 lat; natomiast powyżej lat 40 liczba przypadków była znacznie mniejsza, a już mały odsetek przypadał powyżej 60 lat. Toż samo uwydatnia się ze względu na śmiertelność, bo w wieku od 20—40 lat zmarło 48% chorych; w wieku od 12—20 lat 20·8%; w wieku od 40—60 lat 18·1%, a w wieku od 60—79 lat 11·6%.

Chorzy na gorączkę hiszpańską należeli w 34·4% do stanu służebniczego; w 31% do wyrobniczego; w 13·1% do rolniczego; w 5·3% do zawodu pielęgniarek; w 3·4% do stanu kupieckiego; w 2·8% do urzędniczego; w 2·7% do nauczycielskiego; w 1·8% do uczącej się młodzieży, a w kilku przypadkach do zawodu duchownego, artystycznego i właścicieli realności.

Gorączka hiszpańska rozpoczynała się zazwyczaj ostro. W 92·5% zauważono wysoką gorączkę (39° C.), dreszcze, nieznaczny ból gardła, silny ból głowy i mięśni w zakresie tułowia i kończyn, katar nosa i górnych dróg oddechowych, suchy kaszel, ogólne osłabienie, — a prócz tego w 40% kłucie w bokach; w 5·6% krwioplucie; w 5·5% silny krwotok nosowy; w 20% mdłości i wymioty. Zaparcie stolca stanowiło stały objaw z początku choroby; zaledwie w 4·3% stwierdzono znaczniejsze rozwolnienie, a w 1·2% nawet rozwolnienie przemijająco krwawe. Wszyscy chorzy okazywali niezależnie od wysokości gorączki w różnym stopniu zaczerwienienie skóry i odurzenie, a w 11·7% w samym początku choroby objawy silnego podrażnienia ośrodków mózgowych, ujawniające się utratą przytomności, zrywaniem się i uciekaniem z łóżka, sztywnością karku i objawem Kerniga. Chorzy w przeważnej liczbie przybywali do szpitala w 5—6. dniu choroby; rzadko w 2. dniu; dość często w 2. i 3. tygodniu. W czasie pobytu szpitalnego sprawa chorobowa albo rychło się przełamywała (12·5%) lub też okazywała powikłania w narządach wewnętrznych. W szpitalu pozostawali chorzy w leczeniu od 30—80 dni; przeważnie 16—21 dni (5 razy od 35—45 dni, raz 64, 70, 80 dni), przyczem okres trwania stanu gorączkowego wynosił od 2—60 dni, przeważnie 6—10 dni (2 razy 20 dni; raz 32, 40, 53, 60 dni).

Chorzy w czasie spostrzegania klinicznego w 90% mieli gorączkę o torze zwalniającym (remittens) przy dziennych wahaniach 1°—1·5° C. W czasie przybycia do szpitala gorączka znajdowała się na szczycie w 82·5%. Najwyższa ciepłota wynosiła 41·4° C. u 19-letniej dziewczyny, chorej od 48 godzin; przeważnie wynosiła 39·8°—40° C.; rzadko 38° C. (8 razy). W nielicznych przypadkach można było zauważyć w krzywej gorączkowej najpierw zwolna wzmaganie się ciepłoty aż do szczytu, a później zwolna obniżanie się jej. W jednym przypadku (1 m.) bez jakiegokolwiek wykazalnego powikłania w narządach wewnętrznych gorączka utrzymywała się przez 12 dni na wysokości 40·4° C. przy dziennych wahaniach zrazu 1°, a później 1·5° C. W przypadkach niepowikłanych grypy hiszpańskiej gorączka utrzymywała się przeważnie przez 5—6 dni; poza tem stan gorączkowy świadczył o przebiegu nieprawidłowym. W 32 przypadkach (10%) gorączka miała tor ciągły (continua), trwający 3—4 dni i dochodziła do 40°—40·4° C.; przełamywała się nagle w przypadkach ozdrowienia lub też kończyła się śmiercią. Gorączkę o typie przerywanym (intermittens) zauważono tylko 3 razy: w jednym przypadku (u kobiety) w przebiegu powikłania zapaleniem wsierdzia; w jednym przypadku (u kobiety) w przebiegu ogniskowego obustronnego zapalenia płuc i w jednym przypadku u kobiety 22-letniej z rozpoznaniem klinicznem: Meningismus, Pleuropneumonia d. Adynamia cordis. Chora ta przez 45 dni w szpitalu miała gorączkę, z początku o torze zwalniającym przy 40° C., a w ostatnim tygodniu o torze przerywanym.

Skóra na twarzy i tułowiu była w 90·5° silnie zaróżowiona, jednak bez osutki. W 3 tylko przypadkach (0·9%) zauważono obfitą, w części guzkową, w części plamistą osutkę na tułowiu i brzuchu. W jednym przypadku u chłopca 17-letniego osutka plamista była tak rozległa i tak silna, iż wobec znacznej kruchości naczyń (objaw Laede-Rumpel) zachodziło podejrzenie duru plamistego. Dalsze spostrzeganie kliniczne i stały brak odczynu Felix-Weila utrwaliły rozpoznanie grypy hiszpańskiej. W przypadku tym przez kilka dni występowały poty rozpływne. Osutka pojawiała się w 6.—7. dniu choroby. Opryszczka na twarzy i wargach występowała tylko w początkach grypy hiszpańskiej w 7·5%; u jednej kobiety była ona bardzo rozległa, zajmując policzki (herpes buccalis).

Tętno odpowiadało w 50% gorączce; było tylko miękkie i słabo napięte. W 45% widoczny był niestosunek pomiędzy ilością tętna a ciepłotą, gdyż przy ciepłocie 39·5°—40° C. tętno wynosiło 150—160 uderzeń na minutę, a nieraz było niepoliczalne. Zwłaszcza niejednokrotnie zauważono, iż fala tętna, zrazu wcale dobrze napięta, nagle słabła, przyczem nie można się było dopatrzeć naówczas związku przyczynowego z ciepłotą lub ze

zmianami w narządach wewnętrznych. Zjawisku temu towarzyszyła zawsze sinica na twarzy jużto w mniejszym, jużto w większym stopniu. Tylko w 6 przypadkach (1·8%) stwierdzono znaczne zwolnienie tętna, które przy ciepłocie 39·5°—40·2° C. wynosiło 60—80 uderzeń na minutę. Wydarzało się to przy znacznem podrażnieniu opon mózgowych (meningismus).

W 12·5% grypa hiszpańska przebiegała wśród objawów ostrej zakaźnej choroby bez powikłań w narządzie oddechowym.

W 87·5% (280; 45 m. 235 k.) były powikłania ze strony narządu oddechowego, i to zawsze ze strony płuc. Postać płucna — to cecha przebiegu klinicznego tegoczesnej grypy hiszpańskiej. Zmiany w płucach występowały prawie zawsze (88·5%) ogniskowo, a pierwsze ogniska można było stwierdzić zazwyczaj w dolnych i tylnych częściach płuc i to rychlej osłuchiwaniem, niż opukiwaniem. W miejscach zapalenia występowały zmiany osłuchowe w postaci szmerów zaostrzonych i nieoznaczonych, pokrytych licznemi drobnemi rzężeniami. W miarę wytwarzania się liczniejszych ognisk zapalnych i zlewania się ich ze sobą odgłos w temże miejscu stawał się przytłumionobębenkowy, rzadziej czczy, a szmery oddechowe jużto więcej jużto mniej oskrzelowe. W dalszym przebiegu choroby cały płat był zajęty naciekiem wiotkim, gdy w innych częściach płuc występowały zmiany ogniskowe. Niekiedy w przypadkach zajęcia całego płatu przez zlanie się poszczególnych ognisk odgłos na klatce piersiowej przybierał cechy stłumienia masywnego, czczego, przyczem szmery oddechowe były osłabione i z głębi słyszalne o charakterze oskrzelowym, często pokryte rozległemi trzeszczeniami. Naówczas zrazu przypuszczano wysięk opłucny i dopiero nakłucie klatki piersiowej i dalszy przebieg kliniczny rzecz wyjaśniały. Na 280 przypadków zapalenia płuc stwierdzono 184 razy (64·6%) postać ogniskową w obu płucach; 67 razy (35·4%) w jednem tylko płucu, przyczem płuco prawe znacznie częściej było zajęte. W 32 przypadkach (11·4%) zapalenie płuc wystąpiło odrazu płatowo pod postacią zapalenia krupowego, przeważnie w płucu lewem. Należy podnieść, iż w każdym przypadku zapalenia grypowego, czy to w formie ogniskowej, czy płatowej, można było stwierdzić w drobnych oskrzelach liczne rzężenia, przemawiające za nieżytem. Plwociny w przebiegu zapalenia płuc w 10% były ropne z domieszką żyłek lub skrzepów krwi; w 90% stanowiły ciecz gęstą, ropną, ciągnącą się, zielonawą; często były pieniążkowate. W plwocinie pod drobnowidem znajdowały się ciałka ropne, w różnej ilości krwinki czerwone, komórki nabłonkowate, liczne różnorodne bakterye, przeważnie ziarenkowce. Odsetek wyleczonych chorych na zapalenie płuc wynosił 78·1%; zejście śmiertelne nastąpiło w 64 przypadkach (22·8%). Według protokołów sekcyjnych z Zakładu anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w 38 przypadkach (13·4%) stwierdzono jako przyczynę śmierci zapalenie rozsiane krwotoczne i ropne obustronne płuc, zapalenie ropne oskrzelków i hemolizę; w 11 przypadkach (3·8%) zapalenie obustronne płuc rozsiane krwotoczne krupowe i zapalenie ropne oskrzelków; w 14 przypadkach (4·2%) rozsiane zapalenie krupowe płuc i zapalenie ropne oskrzelków; w jednym przypadku zapalenie krupowe płatowe płuca o wiotkim nacieku. Jak wynika z protokołów sekcyjnych znamienną cechę dla zapaleń powyższych stanowiło występowanie obok siebie wszystkich postaci zapalenia, jak nieżytowego, krupowego, ropnego i krwotocznego. W 12 przypadkach (3 m. 9 k.), t. j. 3·4% zakończonych śmiercią, obok nielicznych ognisk zapalnych nieżytowych w płucach było zapalenie ropne oskrzelków. Zgorzel płuc stwierdzono w jednym przypadku u mężczyzny 60-letniego. Chorował on w domu przez 9 dni i zmarł w szpitalu po dwudniowym pobycie z powodu ogniska zgorzelinowego w płucu prawem i następowego ropniaka opłucnej z odmą.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Ze Szpitala powszechnego w Rzeszowie.

Rana kłuta serca, zeszyta za życia

podał

Dr Roman Hinze.

Dnia 2. III. b. r. przyniesiono do szpitala powszechnego w Rzeszowie mężczyznę lat 28 liczącego, który w zamiarze samobójczym pchnął się nożem szewskim w okolicę serca. Nazajutrz rano o godz. 9., a zatem w 18 godzin mniej więcej od zranienia, przedstawiał się stan rannego, jak następuje. Twarz blada z wyrazem niepokoju i lęku, oczy szeroko rozwarte, czoło lekkim potem okryte, oddech powierzchowny, przerywany jękiem człowieka ciężko rannego. Tętno nieregularne, słabo napięte, 100 do 110 uderzeń na minutę. Tętno to zmieniało się co kilkanaście minut, raz miękło i stawało się tak nieregularne, jak to w przypadkach ciężkich zmian mięśnia sercowego znajdować zwykliśmy, to znów fala jego podnosiła się, stawała się pełniejszą, a nieregularność uderzeń wyrównywała się prawie zupełnie. Zauważyliśmy, że w tych właśnie chwilach, to jest, gdy następowała poprawa w krążeniu, przez ranę w klatce piersiowej wylewała się na zewnątrz skąpa ilość krwi barwy wiśniowej. Rana ta znajdowała się w piątem międzyżebrzu i na szóstem żebrze obok mostka.

Dokładne badanie stłumienia sercowego wykazywało nieznaczne jego rozszerzenie we wszystkich kierunkach. Badanie zaś klatki piersiowej wykazało całkowite stłumienie odgłosu opukowego i zniesienie szmerów oddechowych po całej lewej stronie, z wyjątkiem szczytu płucnego — tak, że można było z wielkiem prawdopodobieństwem przyjąć bardzo znaczny wylew krwawy do lewej jamy opłucnej. Opierając się na opisanych powyżej objawach, przyjęliśmy rozpoznanie: rana klatki piersiowej, połączona z wielkim krwotokiem wewnętrznym, oraz silne podejrzenie obrażenia serca samego. Do przyjęcia obrażenia serca skłoniły nas następujące dane: 1) siedziba rany, 2) rozszerzenie stłumienia sercowego, 3) nieregularne tętno.

Wobec tego rozpoznania przystąpiliśmy do odsłonięcia serca, jako jedynego sposobu ratowania rannego. Operacyę wykonaliśmy w uśpieniu chloroformem, rozpoczęliśmy zaś ją roz-

szerzeniem rany samej i dokładnem zbadaniem źródła krwotoku. Dało nam to możność wyłączenia przyczyny krwotoku z powłok klatki piersiowej, z tętnicy międzyżebrowej lub tętnicy sutkowej wewnętrznej. Rana, jak przekonaliśmy się, przebiegała nie przez samo międzyżebrze piąte, ale przez nasadę chrząstkową szóstego żebra tuż obok mostka. Z powodu ciągłego zalewania pola operacyjnego krwią, z głębi się dobywającą, nie można było określić ściśle źródła krwotoku i dlatego też zdecydowaliśmy się na odsłonięcie serca sposobem Rehna. Po cięciu łukowatem wzdłuż łuku żebrowego, przedzielającem powłoki brzuszne aż do nasady przepony, odsłoniliśmy mostek od dołu i następnie na tępo oddzieliliśmy osierdzie i opłucną lewą od mostka aż do wysokości obojczyków. Po skośnem przecięciu mostka aż do nasady lewego drugiego żebra rozwarliśmy ranę szeroko hakami. Jest to zabieg, nie wymagający ani zbyt wiele czasu, ani też specyalnie skomplikowanego instrumentaryum. Lewa opłucna była na długości dwóch centymetrów przecięta narzędziem samobójczem, przez który to otwór wdarło się powietrze i wylewać się poczęła obficie krew na zewnątrz. U góry rany pochwyciliśmy i z łatwością podwiązaliśmy tryskającą tętnicę sutkową wewnętrzną prawą. Na osierdziu znaleźliśmy małe, zaledwie dostrzegalne nakłucie, oraz kilka powierzchownych wybroczyn. Po uniesieniu osierdzia przecięliśmy je na długości dziesięciu centymetrów. Osierdzie leżało ściśle na sercu, podobnie jak gumowa rękawiczka na ręce. Po uniesieniu serca zauważyliśmy za niem, w głębi worka osierdziowego, kilka skrzepów ciemno zabarwionych, a równocześnie zobaczyliśmy ranę, przebiegającą przez koniuszek serca i obrażającą obie tętnice wieńcowe, tak przednią, jak tylną w ich zakończeniach. Krew w czasie zabiegu nie wypływała z rany serca, jedynie sączyła się, jak to widujemy przy lekkich krwawieniach miąższowych, a przecież ranę tę za powód całego krwotoku przyjąć należało. Jedwabiem i igłami, używanemi do szwu jelitowego, założyliśmy sześć szwów na ranę serca, która miała około trzech centymetrów długości i przebiegała skośnie przez koniuszek serca. Uważaliśmy przy tem, żeby okłuć szwami końcowe rozgałęzienia obrażonych tętnic wieńcowych. Jedynie założenie pierwszego szwu sprawiało pewne trudności, resztę szwów założyliśmy z łatwością, posługując się nieodciętym jedwabiem, jak wędzidłem. Z rany w opłucnej wylewała się płynna krew wiśniowo zabarwiona bez skrzepów w tak znacznej ilości, że zachodziła obawa śmierci z krwotoku podczas operacyi. Ażeby przekonać się, czy krwotok nie pochodzi równocześnie z obrażenia lewego płuca, rozszerzyliśmy ranę w opłucnej do długości sześciu centymetrów. Wylew krwi był wprost zatrważający, ocenialiśmy jej ilość podczas operacyi na dwa litry. Płuco nie okazywało żadnych obrażeń. Zeszycie rany, z pozostawieniem otworu, przez który przeprowadzono gazę do opłucnej, zakończyło zabieg, który w całości trwał 15 minut.

Chory po zastosowaniu środków skrzepiających miał się po operacyi podobnie, jak i przed nią. Bladość twarzy i powłok nie ustępowała, tętno było zmienne, nieregularne, wynosiło 120 uderzeń na minutę. Oddech był nieco utrudniony. Chory skarżył się na mierne bole w ranie, przytomność miał do końca życia dobrze zachowaną i stale prosił o wszystkie zabiegi w celu uratowania go. Zmarł w dwadzieścia cztery godziny po operacyi.

Na świeżych zwłokach dokonaliśmy częściowej autopsyi. Znaleźliśmy w osierdziu bardzo małą ilość krwi płynnej i owe skrzepy za sercem, o których już była mowa, oraz ranę serca zeszytą dokładnie. W jamie opłucnej po usunięciu kompresów krwi nie było. Płuco lewe nie obrażone, zapadnięte było do wysokości trzeciego żebra. W szczycie płuca i z boku — dawne zrosty. Zwłoki silnie wykrwawione, blade, krew wodnista. W przypadku tym nie ulega żadnej wątpliwości, że cały krwotok pochodził z rany serca, a mianowicie z przeciętych obu tętnic wieńcowych. Krew wylewała się przez otwór w osierdziu i w opłucnej do lewej jamy opłucnej, gdzie też zebrała się w ilości dochodzącej do trzech litrów.

Rannego tego można było uratować wykonaniem zabiegu natychmiast po wypadku, a nawet groźny stan jego podczas zabiegu nie mógł stanowić przeciwwskazania do operacyi.

Z oddziału zakaźnego Szpitala powszechnego we Lwowie. Prym. Dr W. Arnold.

Grypa hiszpańska jako powikłanie płonicy

podała

Dr Marya Fijałkowska-Strzelecka,
lekarka oddziału chorób zakaźnych lwowskiego Szpitala powszechnego.

(Dokończenie).

Przebieg grypy u innych chorych tej grupy nie przedstawia nic szczególnego; to tylko można było zauważyć, że grypa tem dłużej trwała, im wcześniej przyłączyła się do płonicy i im cięższy był przebieg płonicy.

Wpływ ten bardziej się jeszcze uwydatnia u chorych w trzeciej grupie, t. j. u takich, u których grypa przyłączyła się w 4. 5. lub 6. tygodniu płonicy. Chorych tej grupy mieliśmy najwięcej — przeszło 30; dziewcząt 2 razy więcej, niż chłopców. Przypadków śmierci nie było. Do ciekawych należał przypadek u 6-letniej dziewczynki M. R., gdzie do objawów grypy (powstałej w końcu 4. tygodnia nadzwyczaj lekko przebiegającej płonicy) dołączyło się przy ciepłocie 41·1° krwawe zapalenie nerek bez obrzęków; trwało ono 2 tygodnie, poczem przeszło bez śladu.

Przykład ciężko przebiegającej grypy, chociaż już w okresie zdrowienia, lecz po bardzo ciężkiej płonicy, mieliśmy u 9-letniego chłopca, J. S. Grypa przyłączyła się w 6. tygodniu choroby; przybrała ona groźną postać obustronnego zrazikowego zapalenia płuc, którego objawy ustąpiły zaledwie po 3 tygodniach; chory powoli powrócił do zdrowia i opuścił oddział po 11 tygodniach.

Dłużej jeszcze, bo koło miesiąca, trwała grypa u 6-letniego chłopca A. B., u którego pojawiła się w okresie zdrowienia po bardzo ciężkiej płonicy, powikłanej ropniem lewego gruczołu podszczękowego i obustronnem ropieniem z uszu. U chorego tego wystąpiło bardzo wyraźne stłumienie pod lewym obojczykiem, dochodzące do granic serca, przyczem i szmery oddechowe były wyraźnie osłabione; stłumienie to w przeciągu kilku dni prawie znikło. Chory po 10-tygodniowym pobycie w szpitalu, jeszcze ogromnie osłabiony, jednak bez gorączki, został zabrany do domu.

U innego chorego, 7-letniego E. B., grypa, pomimo że się przyłączyła po bardzo ciężko przebytej płonicy, jednak w okresie już zupełnego prawie wyzdrowienia, miała też przebieg bardzo lekki: chory ten w ciągu 6 dni był senny, smutny, ciepłota dzień jeden była powyżej 39°, kaszel trochę męczący, jednak to wszystko przeszło szybko bezpowrotnie.

Z innych przypadków mamy 7 takich, gdzie grypa przyłączyła się do płonicy po przebytem już lub też prawie przebytem zapaleniu nerek. Grypa trwała 3—8 dni, wywołując znowu krótkotrwałe obostrzenie zapalenia nerek, poczem następował powrót do zdrowia.

U reszty chorych z tej grupy przebiegała płonica lekko, a więc i grypa, przyłączywszy się w okresie zdrowienia po lekko przebytej płonicy, nie wpłynęła ujemnie na stan zdrowia, a dzieci, po krótkotrwałym okresie gorączki w połączeniu z suchym przeważnie kaszlem, szybko powracały do zdrowia.

Z powyższego widać, że grypa oprócz zwykłej sprawy kataralnej ze znamiennem przekrwieniem białkówek oczu, wywoływała dość często zmiany zapalne w głębszych drogach oddechowych i w samej tkance płucnej. Przypadki takie odznaczały się nader wysokim odsetkiem śmiertelności, zwłaszcza gdy grypa przyłączała się do okresu gorączkowego płonicy (przeszło 82% śmiertelności); oprócz tego doprowadziła grypa w kilku przypadkach do śmierci z powodu nadzwyczaj szybkiego wyczerpania czynności serca. Przejawiła się też grypa w rzadszych postaciach z objawami n. p. ostrej psychozy, lub z przewagą postaci goścćowatej (reumatycznej), z bolami w mięśniach prostych brzucha, z łudzącymi pozorami błonicy, a także z rozmaitego rodzaju osutką (nakształt płonicy, pokrzywki, opryszczek). Mieliśmy też przypadki powtórnego zapadnięcia na grypę, o lekkim jednak przebiegu.

Przebieg grypy w połączeniu z płonicą przedstawiał wogóle tę osobliwość, że był on tem cięższy, im wcześniej grypa przyłączyła się do płonicy; na długość trwania grypy wpływał także przebieg płonicy, wywołując przedłużenie przy ciężko przebiegającej płonicy. Gdzie zaś grypa przyłączyła się w okresie wyzdrowienia po lekko przebytej płonicy, tam przebieg jej był bardzo lekki.

Przypadków śmiertelnych było 15; z tych aż 14 u chorych w I grupie, a jeden w II grupie, w III zaś grupie przypadków śmiertelnych nie było zupełnie. Wogóle jednak grypa w połączeniu z płonicą dała ogromny odsetek śmiertelności, gdyż przeszło 24%; można to wytłumaczyć wzajemnem ujemnem działaniem obydwu tych chorób na siebie, gdyż ani sama grypa, ani też płonica (do połowy września śmiertelność z płonicy wynosiła zaledwie 5·5%) tak wysokiego odsetka nie daje.

Piśmiennictwo. Przegląd lek. 1918. Nr 40. i dalsze i 1919 Nr 2. — Münch. m. W. 1918. Nr 30, 32, 33, 34, 40 i 41. — Wiener kl. W. 1918. Nr 22, 36, 41, 42, 43, 48 i 49.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Prof. Dr Witold Orłowski z Kazania mianowany został profesorem zwyczajnym medycyny wewnętrznej.

— Dziekanem Wydziału lekarskiego na r. 1919/20 został wybrany prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

— Okręgowy Urząd lekarski wprowadził jako obowiązujące także w b. zaborze austryackim rozporządzenie Ministerstwa zdrowia publ. z d. 8. IV. 1919, ustanawiające cenę 2 koron dla ubogich za następujące lekarstwa: 1) Acidi acetylosalicylici 0·5, dos. Nr XII. — 2) Chinini sulf. 0·3, dos. Nr X.— 3) Liq. Vlemmingx 50. — 4) Inf. fol. digitalis titr. e temp. e 0·5 (lub 1·0) ad. 200. — 5) Gutt. Inoziemcoff. 5. — 6) Codeini phosph. 0·2, Aq. destill. 12. — 7) Liq. Pearsoni 5·0, Trae ferri pom. 10. — 8) Kalii sulfoguajacol. 0·5. Dos. Nr X., — a cenę 1 korony za następujące lekarstwa: 1) Natr. sulf. 10, Natr. bicarb. 5, Natr. chlorati 3. — 2) Opii puri 0·015, Sacchari albi 0·3. Dos. Nr 60. — 3) Acid. borici 1, Vaselini 10. — 4) Zinci sulf. 0·12, Aq. dest. 30. — 5) Morph. muriat. 0·01, Sacch. albi 0·2. Dos. Nr X. — Lekarstwa te po tych cenach będą wydawane, jeśli lekarz na recepcie dopisze: »ph. oeconomica«. Należy też podać nazwisko i adres chorego. Lekarze mają wydawać takie recepty tylko istotnie ubogim i zarejestrowanym bezrobotnym.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskał p. Marceli Rosen, rodem z Węgrowa.

Lwów. Dr Franciszek Groer, asystent Uniwersytetu wiedeńskiego, został mianowany nadzwyczajnym profesorem pedyatryi.

Warszawa. Do Rady lekarskiej przy Ministeryum zdrowia publicznego zostali zaproszeni Dr Jan Bączkiewicz i Józef Polak z Warszawy, Franciszek Chłapowski, Stanisław Łazarewicz i Walenty Panieński z Poznania. (Gazeta lek. Nr 25).

— Towarzystwo higieniczne warszawskie miało w r. 1918 (wedle sprawozdania, ogłoszonego w Nr 5. »Zdrowia«) 399 członków. Dochody Towarzystwa wynosiły 44.022 marek, bilans zamknięto kwotą 332.099 marek. W ogrodach im. Raua było 851.668 uczęszczań, a wydano pożywienia za 10.040 mk.; wpływy i wydatki ogrodów wynosiły 62.397 mk., bilans zamknięto kwotą 685.296 mk. W Instytucie im. Lenvala wydano 4692 kąpieli, udzielono 7417 porad lekarskich, 6151 lekarstw, 2544 puszek mleka kondensowanego; wydatki i wpływy 60199 mk., bilans 286521 mk. W sanatoryum w Rudce w r. 1917 leczyło się 168 osób, za r. 1918 będzie sprawozdanie lekarskie później ogłoszone; sanatoryum ma niedobór 80.134 mk., bilans 1,246.851 mk. Wielką stratą jest dla sanatoryum śmierć Dr Stanisława Gałeckiego, który kierował niem od założenia, przez lat 10.

— Lekarze miejskich szpitali warszawskich zrzekli się na rzecz skarbu narodowego odszkodowań wojennych, przyznanych im przez Magistrat.

Zmarli: Dr Włodzimierz Szczepański, st. lekarz powiatowy w Jaśle w 55. r. ż.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w czerwcu 1919:

Gazeta lekarska Nr 24.—26. Orzechowski: Studya kliniczne z zakresu chorób mięśniowych (24). — Simchowicz: O formule starczej kory mózgowej (24). — Ciechomski: Przyczynek do kazuistyki śluzaka wrzekomego otrzewnej, pochodzącego z wyrostka robaczkowego (25—26). — Jonscher: Kilka uwag w sprawie t. zw. wskaźnika odżywiania Pirqueta (25). — Jaworski J.: O obecnych stosunkach i sprawach lekarskich w Wielkopolsce (25—26). — Krzypow: Modyfikacya metody Spalteholza prześwietlania jam i kanałów kostnych (26).

Zdrowie Zesz. 5.: Lewicki: W sprawie reformy naszego zdrojownictwa.

Kronika dentystyczna Nr 5.—6.: Gogolewski: O leczeniu procesów miejscowo-zakaźnych w jamie ustnej metodą Pfannstilla.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 28. Kraków, 19. lipca 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K ·15·—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K.

Rok LVIII. Kraków, 19 lipca 1919. Nr. 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B) krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Spostrzeżenia nad epidemią grypy hiszpańskiej

napisał

Prym. **Dr Antoni Krokiewicz.**

(Dokończenie).

Obok zmian w płucach występowały powikłania na opłucnych i w jamach opłucnych. Prawie w każdym przypadku można było stwierdzić tarcie opłucne; natomiast w 25 przypadkach (88%) jamy opłucne zawierały znaczniejszą ilość cieczy zapalnej, i to w jednym przypadku (1 m.) wysięk krwawy; w 7 przypadkach (5 m. 2 k.) surowiczowłóknikowy; w 1 przyp. (1 k.) surowiczoropny, a w 16 (4 m. 12 k.) ropny. Bardzo znamienną rzeczą jest wytwarzanie się wysięku opłucnego ropnego w następstwie pierwotnego wysięku surowiczego, co wydarzyło się w 3 przypadkach (3 k.) w ciągu 10—16 dni. Wszelkie zanieczyszczenie przez rękoczyn stanowczo wykluczone. Zapalenie wysiękowe opłucnej ujawniało się w przebiegu grypy hiszpańskiej zazwyczaj w 3. tygodniu choroby. Na 25 przypadków zapalenia opłucnej 9 razy nastąpiło zejście śmiertelne, i to raz (1 m) w przebiegu wysięku surowiczokrwawego; dwa razy (2 m.) w przebiegu zapalenia surowiczowłóknikowego, a 8 razy (3 m. 5 k.) w przebiegu zapalenia ropnego opłucnej. W 9. przypadkach zapalenia ropnego opłucnej chorzy opuścili szpital wyleczeni po dokonanym zabiegu operacyjnym. W 4 przypadkach zapalenia surowiczowłóknikowego opłucnej t. j. u chłopców 13, 17, 18-letniego i u kobiety 21-letniej stwierdzono pod drobnowidem w osadzie z treści, wydobytej strzykawką Pravatza, bardzo liczne kryształki Charcot-Leydena, obok licznych leukocytów wielojądrzastych neutrochłonnych, nielicznych krwinek czerwonych, komórek nabłonkowatych tłuszczowo rozpadłych i nielicznych limfocytów. Ciałek eozynowych w treści wysiękowej nie spostrzegano; natomiast we krwi ilość ich dochodziła 2·5—3%.

Nieżyt górnych dróg oddechowych, jak jamy nosowej i gardła, zauważano prawie w każdym przypadku grypy hiszpańskiej. Zazwyczaj nasilenie było miernego stopnia i ograniczało się do rozpulchnienia i zaczerwienienia błony śluzowej. Rzadko zmiany zapalne występowały w znacznym stopniu, i to prawie zawsze w przypadkach zakończonych śmiertelnie. W tych przypadkach przy oględzinach pośmiertnych stwierdzono u 2 kobiet ostre zapalenie miąższowe migdałków; w 3 przypadkach (3 k.) ostre zapalenie błony śluzowej gardła, krtani, tchawicy; w 7 przyp. (7 k.) ostry nieżyt błony śluzowej krtani; w 11 przyp. (3 m. 8 k.) ostry nieżyt błony śluzowej tchawicy. W jednym przypadku u artystki 18-letniej stwierdzono obok zmian ogniskowych krwotocznych w płucach zapalenie rzekomo dyfterytyczne błony śluzowej krtani, tchawicy i oskrzeli, a u jednego mężczyzny zapalenie ropne ochrzęstnej, chrząstki tarczowatej z przebiciem do przełyku obok ognisk krupowych i ropnych w płucach i wysięku ropnego w jamie opłucnej prawej.

Powikłania ze strony narządu krążenia są na ogół rzadkie, skoro na 320 przypadków leczonych zaledwie 5 razy (1·5%) można je było zauważyć. Spostrzegano je zawsze w przebiegu zapalenia płuc. W jednym przypadku u kobiety 21-letniej w przebiegu krupowego zapalenia dolnego płatu płuca prawego, a rozsianego krwotocznego obu płuc, zapalenia ropnego drobnych oskrzelków, zropienia ostrego gruczołów oskrzelowych i śródpiersia i obustronnego zapalenia opłucnych wystąpiło zapalenie surowiczowłóknikowe osierdzia; w jednym przypadku u kobiety wielokrotne zapalenie wsierdzia (endocarditis recens aortica et tricuspidalis) przy dawnej wadzie zastawki dwudzielnej; u 2 kobiet zapalenie przyostre, a u jednej zapalenie ostre wsierdzia zastawki dwudzielnej. Wszystkie te przypadki zakończyły się niepomyślnie, z wyjątkiem u kobiety 30-letniej, dotkniętej świeżemi zmianami zapalnemi zastawki dwudzielnej. Często wydarzało się znaczne osłabienie czynności serca, co, jak powyżej nadmieniłem, odnieść należało do działania jadu chorobowego na sam mięsień sercowy. W odnośnych przypadkach śmiertelnych mięsień sercowy okazywał jedynie cechy zwyrodnienia ostrego miąższowego. Dawną wadę sercową rozpoznano w 4 przypadkach, a mianowicie: u mężczyzny zwężenie ujścia żylnego lewego i niedomykalność zastawek aorty, w 2 przypadkach (1 m. 1 k.) niedomykalność zastawki dwudzielnej i zwężenie ujścia żylnego lewego; u kobiety zwężenie ujścia żylnego lewego. Wszystkie te przypadki zakończyły się pomyślnie. Nerwicę serca, objawiającą się nieregularnem i przyspieszonem biciem serca zauważono u jednej kobiety; po trzech tygodniach przypady te ustąpiły. Często były objawy kruchości drobnych naczyń skórnych, za uciskiem pękających.

Ze strony przewodu pokarmowego nie było ważniejszych zaburzeń. Język był przeważnie lekko obłożony i podsychający. Przypady żołądkowojelitowe, występujące z początkiem choroby, były przeważnie przemijające. Przeważnie utrzymywało się zaparcie stolca. Brak łaknienia przez cały czas choroby, a niekiedy i dość długo w okresie ozdrowienia. W jednym przypadku u kobiety 30-letniej stwierdzono ostre krwawe zapalenie jelit; rozwolnienie ustało po 4 dniach, atoli chora z powodu ropotoku oskrzelowego miała jeszcze przez 32 dni gorączkę o torze zwalniającym przy najwyższem wzniesieniu 39·6° C. — i dopiero potem wyzdrowiała.

Wątroba w 2 tylko przypadkach stanowiła siedzibę zmiany chorobowej. U mężczyzny 20-letniego, dotkniętego przewlekłem zapaleniem nerek wytworzył się na przedniej powierzchni wątroby pod łukiem żebrowym ropień wielkości pięści dorosłego człowieka w 15 dniu choroby, po przebytem zapaleniu grypowem dolnego płatu płuca prawego. Chory skierowany został na oddział chirurgiczny. W drugim przypadku u mężczyzny 53-letniego wystąpił w przebiegu grypy hiszpańskiej ostry zanik wątroby. Chory, palacz kolejowy, nadużywający napojów wyskokowych, został przyjęty na oddział z objawami zanikowej marskości wątroby, miażdżycy tętnic, puchliny jamy brzusznej i żółtaczki. Wątroba powiększona, przy ucisku tkliwa; w jamie brzusznej płyn wolny w miernej ilości. Przez 8 dni pobytu w szpitalu stan bezgorączkowy; chory swobodny. Pod wieczór dnia 9. wystąpiły nagle dreszcze, bezprzytomność i ciepłota 38° C., która nazajutrz dosięgła 39° C. Badaniem stwierdzono ognisko zapalne w dolnym płacie płuca prawego, które w ciągu 5. dni rozszerzyło się na znaczną część płatu dolnego. Chory ciągle bezprzytomny; oddaje mocz i kał pod siebie. Gorączka o torze zwalniającym i nieregularnym; tętno 92, miękkie; znaczna żółtaczka; nagłe zejście śmiertelne wśród śpiączki i zapadu. Oględziny pośmiertne wykazały: »Atrophia acuta flava hepatis. Icterus universalis. Ascites. Anasarca pedum levioris gradus. Pneumonia crouposa in stadio hepatisationis griseae lobi inferioris pulmonis d. Oedema pulmonum. Hyperaemia pulmonis sin. Degeneratio fibrosa apicum. Degeneratio parenchymatosa et fragmentatio myocardii. Arterio-

sclerosis universalis lev. gradus. Gastritis chronica«. Wątroba była do połowy zmniejszona, o brzegu dolnym ostrym, na powierzchni pstro zabarwiona, z odcieniem przeważnie żółtym. Torebka gładka, bez zaciągnięć. Na przekroju widoczne w miąższu ogniska pomarańczowoczerwono nakrapiane, wysterczające ponad powierzchnią; reszta miąższu szaraworóżowawa, o rysunku zachowanym; miąższ wiotki. Przewody żółciowe bez zmian.

Śledziona była w leczonych na oddziale przypadkach nieznacznie obrzękła, rzadko macalna i przy ucisku tkliwa.

W narządzie moczowopłciowym tylko nerki okazywały zmiany chorobowe w 28 przypadkach (8·7%). U kobiety 50-letniej stwierdzono zapalenie krwotoczne nerek obok zapalenia rozsianego ogniskowego płuc. Chora gorączkowała do 39·8° C. przez 20 dni i wyzdrowiała. Na 24 przypadków (7 m. 17 k.) ostrego zapalenia nerek 7 razy nastąpiło zejście śmiertelne; zresztą wyzdrowienie. W 3 przypadkach zapalenia miąższowego nerek (nephrosis) nastąpiło wyleczenie. Na uwagę zasługuje przypadek zapalenia miąższowego nerek u kobiety, gdzie rozpoznanie kliniczne opiewało: »Mbs španicus. Bronchopneumonia lobularis bil. Nephrosis. Hydraemia«. Chora gorączkowała przez 60 dni. Z początku ciepłota dochodziła do 40·4° C. przy tętnie 120 na minutę. Po 75 dniach chora wyleczona opuściła szpital; w moczu brak białka. We wszystkich przypadkach zapalenia nerek płuca były równocześnie zajęte sprawą zapalną.

Zapalenie ropne ślinianki przyusznej pojawiło się w 3 przypadkach (2 m. 1 k.) t. j. 0·9%, w przebiegu zapalenia ogniskowego płuc pod koniec 2. i z początkiem 3. tygodnia choroby. W innych narządach wewnętrznych ropni naówczas nie było i chorzy po dokonanym zabiegu chirurgicznym wyzdrowieli. Również korzystnie zakończyło się u 12 kobiet (3·7%) zapalenie ropne ucha środkowego, które przeważnie w 3. tygodniu, a rzadziej w 6. tygodniu stanowiło powikłanie chorobowe.

W jednym przypadku u kobiety 21-letniej stwierdzono przy oględzinach pośmiertnych ropnie w gruczołach oskrzelowych i śródpiersia obok zapalenia krupowego w dolnym płacie płuca prawego, rozsianego krwotocznego płuc, zapalenia ropnego oskrzelków, zapalenia wysiękowego surowiczowłóknikowego jam opłucnych i osierdzia. Przypadek ten bardzo przypominał obraz dżumy.

Zapalenie ostre stawów spostrzegano w 2 przypadkach (0·6%) — u 24-letniego mężczyzny i u 22-letniej kobiety w 14 i 20. dniu choroby. Nasilenie było nieznaczne; gorączka dochodziła najwyżej do 38·5° i utrzymywała się 10—14 dni.

W jednym przypadku u kobiety 52-letniej w tydzień po przebytej gorączce hiszpańskiej 5-dniowej z gorączką 39·5° C. (bez powikłania ze zmianami zapalnemi w płucach) wystąpiły objawy rwy kulszowej zapalnej z następowym niedowładem kończyny dolnej prawej i porażeniem zwrotnem pęcherza (cystoplegia reflexa). Po zastosowaniu trzechtygodniowem wstrzykiwań podskórnych zmodyfikowanego Trunečka chora opuściła szpital zupełnie wyleczona.

Prawie wszyscy chorzy, przyjęci do szpitala, okazywali odurzenie w mniejszym lub większym stopniu, połączone z przygnębieniem. Nigdy nie można było zauważyć wesołych zwidywań i swobodnego wejrzenia chorego odurzonego, jak to tak często bywa w przebiegu duru osutkowego. W 11·7% (zakończonych śmiercią) wystąpiły objawy bardzo znacznego podrażnienia opon mózgowych i ośrodków nerwowych (meningizmu), ujawniające się bezprzytomnością, sztywnością karku, objawem Kerniga, bezwiednem oddawaniem moczu i kału. Chorzy zrywali się z łóżka siatkowego, targali siatkę i uciekali. Nieraz dopiero z wielkim trudem udawało się ich uspokoić. W 3 przypadkach u mężczyzn wystąpiło zapalenie ropne opon mózgowych, a w jednym przypadku u mężczyzny (obok zapalenia rozsianego krupowego, ropnego i krwotocznego płuc, zapalenia ropnego opłucnej prawej) zapalenie rozlane opon mózgowych i zapalenie ogniskowe krwotoczne mózgu, ograniczone do płatu czołowego prawego.

Bardzo znamienne jest zachowanie się ciąży w przebiegu grypy hiszpańskiej. Ciążę w 6.—8. miesiącu spostrzegano u 12 chorych kobiet. W 9. przypadkach stwierdzono zapalenie płuc obustronne, a w 2 przypadkach zapalenie płuc jednostronne. W 3 tylko przypadkach nastąpił poród; zresztą ciąża nie uległa przerwie, pomimo ciężkich objawów chorobowych, powikłanych z zapaleniem płuc i podrażnieniem opon mózgowych. Na uwagę zasługuje przypadek dotyczący ciężarnej 28-letniej. Chora, pod koniec ciąży przysłana z kliniki położniczej z rozpoznaniem grypy hiszpańskiej i z gorączką 40·4° C. W godzinę po przybyciu na oddział nastąpił u niej poród. Badaniem stwierdzono obustronne wielokrotne ogniskowe zapalenie obu płuc w dolnych płatach. Po wstrzykiwaniach podskórnych rozczynu trikresolu ciepłota w ciągu 6 dni zwolna opadła do poziomu prawidłowego, poczem po 14-dniowej przerwie wystąpił czterodniowy nawrót zapalenia płuc. Odchody w ciągu 3 dni zupełnie ustały bez stosowania środków leczniczych; chora opuściła szpital zupełnie zdrowa. Na 12 przypadków chorych ciężarnych nie było zejścia śmiertelnego. Toż samo dotyczy chorych karmiących (2 przyp.).

Niemniej uderza w epidemii grypy hiszpańskiej bardzo mała liczba chorych z przypadami gruźlicy. Na ogólną liczbę 320 chorych w 2 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne przy rozległych zmianach gruźliczych w płucach, w kilku przypadkach sprawy początkowej widocznego pogorszenia nie zauważono. U jednej kobiety wystąpił krwotok płucny.

Ciężkie nawroty grypy hiszpańskiej zauważono na oddziale u 4 chorych (1 m. 3 k.) po przerwie 6, 8, 21 dni; występowały one z gorączką 40·4° C., wśród podrażnienia opon mózgowych (meningizmu) i ze zmianami ogniskowemi zapalnemi w płucach; trwały 3—5 dni, a zakończyły się pomyślnie.

Wreszcie należy zaznaczyć, iż przebyta grypa hiszpańska nie chroni przeciw durowi plamistemu. U 4 mężczyzn, którzy na 3, 4 tygodnie poprzednio przebyli w szpitalu ciężką grypę hiszpańską, stwierdzono dur plamisty wskutek zarażenia się na tym oddziale od chorych na dur plamisty, chwilowo tam równocześnie umieszczonych.

Badanie krwi, podjęte w kilku przypadkach nie dawało wybitnej wytycznej co do rokowania, jak to utrzymuje Dr Levy (Deutsche med. Woch. Nr 35. 1918); zresztą liczba badań zbyt jest mała, aby wyciągnąć można z niej odpowiednie wnioski. Nie można było zauważyć stałego zmniejszonego odsetka ciałek wielojądrzastych, a zwiększonego limfocytów, zwłaszcza wielkich jednojądrzastych ciałek aż do 21%. W naszych przypadkach ciałka eozynowe wynosiły 0—3%; neutrofilne 48—85%; bazofilne 0; limfocyty małe 6—26%; limfocyty duże 0—16%; jednojądrzaste duże 12—18%; przejściowe 2—10%. W kilku przypadkach zauważono wskaźnik barwny nad 1 (zwiększony).

Na podstawie spostrzegania klinicznego i oględzin pośmiertnych należy uważać grypę hiszpańską w Krakowie za ostrą chorobę zakaźną, i to za odmianę posocznicy, wywołaną przez swoisty zarazek. Przebieg kliniczny i zmiany anatomopatologiczne przypominają poniekąd dżumę, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie występuje ropienie w gruczołach chłonnych obok ognisk zapalnych ropnych i krwotocznych w płucach; grypa hiszpańska dżumą jednak nie jest. Pod wpływem zakażenia przychodzi w ustroju do zmian ogólnych właściwych każdej ostrej chorobie zakaźnej i do miejscowych. Zmiany miejscowe zajmowały prawie wyłącznie narząd oddechowy, a głównie drobne oskrzela i płuca. Zmiany w płucach rozpoczynały się zawsze od zapalenia ropnego drobnych oskrzeli; zmiany płuc występowały pod postacią różnych zapaleń obok siebie i w różnej rozległości, z wybitną skłonnością do ropienia i do wybroczyn. Ropienie ograniczało się prawie zawsze na oskrzela, miąższ płucny i jamy opłucne; wyjątkowo zajęte były gruczoły oskrzelowe i śródpiersiowe, ślinianka przyuszna; rzadko jama bębenkowa. Jad grypy hiszpańskiej działa też niezwykle złośliwie na mięsień sercowy. Do tej okoliczności, jak i do zmian miejscowych w narządzie oddechowym należy odnieść przyczynę zejścia śmiertelnego. Wrotami, któremi zarazek dostaje się do ustroju, — są niezawodnie górne części dróg oddechowych.

Jad, który wywołuje grypę hiszpańską, nie jest dotychczas dokładnie znany. Pfeiffer, Gottschalck, Schürmann, Bergmann, Uhlenhut uważają za przyczynę chorobotwórczą działanie tylko prątka Pfeiffera. Bernhardt, Meyer, Stein, Weissmann, Schöppler, Mandelbaum, Zupata, Kolle, Friedmann, Lubarsch, Citron przypisują działanie chorobotwórcze wyłącznie paciorkowcom (micrococcus epidemicus). Nitsch stwierdził na zwłokach w czasie epidemii w Krakowie w 25% prątki Pfeiffera w treści ognisk zapalnych płuc; natomiast paciorkowce niekiedy hemolityczne w 100% w treści oskrzeli i ognisk zapalnych płuc, a w 75% we krwi zaczerpniętej z serca. Nowicki, który dokonywał badań za życia u chorych w szpitalu, a na zwłokach w prosektoryum we Lwowie, znajdował również najczęściej paciorkowce i to hemolityczne (66% w treści oskrzeli i w plwocinach, 58·6% w treści niezropiałych ognisk płucnych zapalnych, 81·1% w ropnych ogniskach płuc; 78% w wysiękach opłucnej, w 36·5% we krwi wziętej ze serca). Liczne paciorkowce znajdował Nowicki w plwocinie już we wczesnym okresie choroby, jak n. p. u służącego zakładowego w 2 dniu, a u innych w 3—5. dniu choroby. Natomiast prątki Pfeiffera wyhodował Nowicki w 12% z treści oskrzeli; w innym materyale nie mógł ich wykazać. Wogóle

wyniki badań bakteryologicznych nie są zgodne. W ostatnich czasach wyłoniło się też zapatrywanie, iż zakażenie należy odnieść jużto do prątka Pfeiffera, jużto do innego jeszcze nieznanego zarazka, który dopiero toruje drogę dla zakażenia wtórorzędnego przez paciorkowce, — a więc, iż zmiany chorobowe w grypie hiszpańskiej wywołane są zadziałaniem dwóch zarazków (Gruber, Schädel, Ciechanowski, Nitsch, Nowicki i t. d.).

Przy rozpatrywaniu wyników badania bakteryologicznego uderza nas okoliczność, dlaczego aż dwa zarazki mają być potrzebne do wywołania jednej i tej samej tak ostrej sprawy chorobowej. W epidemii galicyjskiej t. j. w Krakowie i we Lwowie badania bakteryologiczne stwierdziły w bardzo znacznej ilości (81%—100%) obecność paciorkowca, częstokroć hemolitycznego, a tylko w 12%—25% obecność prątka Pfeiffera w treści oskrzeli i ognisk zapalnych płuc. Nie ulega też najmniejszej wątpliwości, wobec wykazanego odsetka prątka Pfeiffera, iż badania były przedsięwzięte z całą znajomością kapryśności tegoż zarazka, który udaje się, w postaci drobniuchnych, gołem okiem trudno dostrzegalnych hodowli, tylko na odpowiedniej pożywce, powleczonej świeżą krwią gołębia lub kury. Uwzględniając szereg i innych badaczy, którzy w plwocinach i ogniskach zapalnych płuc nie mogli wcale wykazać prątka Pfeiffera, lecz zawsze tylko znajdowali paciorkowce, bardzo mało prawdopodobieństwa zyskuje twierdzenie, aby ten prątek pozostawał w przyczynowym związku z tegoczesną epidemią grypy hiszpańskiej. Również nie jest koniecznem przypuszczenie, iż nie prątek Pfeiffera, ale inny jakiś zarazek, dotychczas niedostrzegalny, jest bezpośrednią przyczyną grypy hiszpańskiej. Natomiast pojawianie się stałe w bardzo znacznej ilości przypadków paciorkowca, i to nawet w samych początkach choroby, wskazuje, iż należy go uważać za wyłącznie swoisty zarazek, który zależnie od podłoża, siły jadu i trwania działania wywołuje powyżej przytoczone, tak różnorodne objawy kliniczne i anatomopatologiczne.

Każdemu zajmującemu się bliżej bakteryologią wiadomo, iż ten sam paciorkowiec różnie się zachowuje tak pod względem biologicznym jak i patogenetycznym. Paciorkowiec zrazu o małej jadowitości może zyskać przy dalszem hodowaniu i przeszczepianiu na sile i okazywać własności hemolityczne. Dziś dowiedziono zostało, że ten sam paciorkowiec raz może wywołać różę, drugi raz zapalenie ropne tkanki podskórnej (ropowicę), a trzeci raz tylko samą posocznicę — t. j. że paciorkowiec róży (Fehleisena) jest identyczny z paciorkowcem przy ropieniu. Wykazał to Petruscky (1896), skoro zaszczepił dwom chorym na raka hodowlę paciorkowców z ropy, otrzymanej z jamy brzusznej i wywołał u nich typową różę, szybko rozszerzającą się na klatce piersiowej i grzbiecie. Toż samo Eiselsberg i E. Fränkel spostrzegali typową różę po przeszczepieniu na ucho królika ropy z zapalenia rozlanego tkanki podskórnej (ropowicy) lub z jamy brzusznej, a naodwrót Hoffa, przeszczepiając paciorkowca z róży ludzkiej na ucho królika, wywoływał ropienie. Widal wyhodował z ropnia przerzutowego w przebiegu róży te same paciorkowce, co ze skóry różycowej, a Simone przy posocznicy w przebiegu róży stwierdził te same paciorkowce w narządach wewnętrznyeh. Ten ścisły związek przyczynowy uwidacznia się też pomiędzy różą a zakażeniem połogowem u chorych pomieszczonych obok siebie na sali w szpitalu lub w klinice i t. d. Że ten sam paciorkowiec przy dalszem hodowaniu na odpowiednich pożywkach może z czasem przybierać własności jadu bardzo złośliwego, hemolitycznego, i wywoływać różnorodny obraz zmian klinicznych i anatomopatologicznych, miałem sposobność przekonać się, gdy się jako kierownik laboratoryum krajowej Rady zdrowia we Lwowie w r. 1895 na polecenie ówczesnego austryackiego ministeryum spraw wewnętrznych zajmowałem badaniem zarazy racicznopyskowej u zwierząt. Z pęcherzy u nierogacizny w kilku przypadkach otrzymałem paciorkowca, który w miarę dalszych hodowli nabierał własności jadu bardzo złośliwego, hemolitycznego i przeszczepiany na ucho świń wywoływał jużto objawy samej róży, jużto ropnicę w następstwie zapalenia ropnego rozlanego tkanki podskórnej, jużto ostrą posocznicę krwotoczną, zawsze z zejściem śmiertelnem. Wogóle rozmaitość zmian chorobowych przez ten sam zarazek jest bardzo znamienna dla paciorkowców, a ten różnorodny obraz zmian klinicznych i anatomopatologicznych zależy od odporności ustroju, od siły jadu i od czasu, jak długo trwała sprawa chorobowa. Za tem, że zaś paciorkowiec w przypadkach epidemii grypy od samego początku działa swoiście, przemawiają bardzo wyniki badań Nowickiego, który w pierwszym prawie zaczątku choroby za życia w plwocinach, a na stole sekcyjnym w ogniskach płuc niezropiałych (58·6%) znajdował tylko paciorkowce.

Dlaczego grypą hiszpańską dotknięte były przeważnie młode osobniki (między 20—40. rokiem życia), trudno stanowczo odpowiedzieć. Osobliwą wrażliwość poniżej 30 lat tłumaczy Oberndorfer usposobieniem konstytucyonalnem, a mianowicie stanem grasicznolimfatycznym. Nie zauważył tego Ciechanowski, Nowicki, Dietrich i Brusch w odnośnym materyale sekcyjnym. Wobec tego autorowie ci skłaniają się wytłumaczyć tę okoliczność naturalnem uodpornieniem starszych pokoleń, które przeszły wielką epidemię grypy w r. 1892. Sądzę, iż to nie wystarcza. Pominąwszy, iż nie jest zupełnie pewnem, czy obecna gorączka hiszpańska jest powtórzeniem grypy z r. 1892, trudno przypuścić, aby to naturalne uodpornienie mogło istnieć przez 30 lat. Znam zresztą ludzi, którzy influenzy w r. 1892 nie przebywali, a których wraz z rodziną tegoczesna epidemia oszczędziła. Również grypa w r. 1892 nie była tak złośliwa i różniła się od obecnej tem, iż wywoływała szczególniejszą skłonność do rozwoju zmian gruźliczych, czego obecnie w tym stopniu zauważyć nie można. Natomiast raczej można, mojem zdaniem, odnieść przyczynę pojawiania się gorączki hiszpańskiej głównie w wieku młodym poniżej 30 lat, w części do bardzo zmniejszonej odporności ustroju wskutek zbyt niedostatecznego odżywiania się, w części do większej drożności naczyń chłonnych w narządzie oddechowym, a tem samem i do wrót otwartych na większej powierzchni dla wnikania jadu do ustroju. Nie ulega wątpliwości, iż, aczkolwiek wszyscy z powodu ciężkich warunków aprowizacyi cierpieli niedostatek w odżywianiu, to najbardziej odczuwali to ludzie młodzi między 20.—30. rokiem życia, potrzebujący już w zwykłych warunkach dla swego rozwoju i utrzymania równowagi fizyologicznej tkanek stosunkowo więcej składników odżywczych, niż dzieci i starsi. Starsi zaś i dlatego mniej podlegali chorobie, iż u nich naczynia chłonne stają się w znacznej części niedrożne przaz zmiany pylicze, a tem samem powstają trudniejsze warunki dla dostawania się zarazków do ustroju drogą oddechową.

Leczenie w gorączce hiszpańskiej było objawowe; ograniczało się do ułatwienia wykrztuszania, podtrzymywania czynności serca i zwalczania gorączki. W celu rozrzedzania i łatwiejszego wykrztuszania wysięku podawano »liquor ammorsii anisati« tudzież środki odkażające, jak: węglan gwajakolowy z chininą. Czynność serca podtrzymywano przetworami naparstnicy, kofeiny, strychniną, olejkiem kamforowym. Wysoką gorączkę powyżej 39° C. obniżano przetworami salicylu i chininy. Również starano się o wywoływanie codziennego wypróżnienia. Przy tem leczeniu jednak śmiertelność początkowo była znaczna, zwłaszcza w przypadkach powikłanych zapaleniem płuc, bo wynosiła 50%. Korzystne wyniki uwydatniły się, odkąd obok powyższego leczenia zastosowano podskórnie wstrzykiwania trikresolu.

Trikresol stosowano w 72 przypadkach, a mianowicie w 21 przypadkach u chorych na grypę hiszpańską bez powikłań w 42 przypadkach zapalenia płuc obustronnego a w 6. zapalenia płuc jednostronnego; w 3 przypadkach zapalenia wysiękowego surowiczowłóknikowego opłucnej, a w jednym zapalenia ropnego opłucnej. Chorzy na grypę hiszpańską bez powikłań w narządzie oddechowym w 4 przypadkach okazywali objawy silnego podrażnienia ośrodków mózgowych (meningizmu). We wszystkich, prócz 4, nastąpiło wyleczenie. Z przypadków niewyleczonych 2 chore opuściły szpital na własne żądanie na ogół z polepszeniem; dwie osoby zmarły po 2—5-dniowym pobycie w szpitalu. Wogóle na 48 przypadków zapalenia płuc przy stosowaniu trikresolu zmarło 2 chorych, a więc odsetek śmiertelności wynosił 4·1%. W jednym przypadku u kobiety 35-letniej z wysiękiem ropnym w opłucnej prawej w następstwie obustronnego ogniskowego zapalenia płuc stosowanie trikresolu znacznie obniżało ciepłotę jednak ostatecznie pomimo leczenia 20-dniowego chora musiała być skierowana na drogę chirurgiczną i wyzdrowiała dopiero po dokonanym zabiegu. Trikresol wstrzykiwano podskórnie w 1% rozczynie wodnym w ilości 3—4 cm³ dziennie. Przeważnie stosowano wstrzykiwania podskórne 6—15 dni; najkrócej przez 3 dni; 10 razy przez 20 dni, 2 razy przez 30 dni; raz przez 40 dni, a 2 razy przez 56 dni. Najmniejsza ogólna ilość wstrzykniętego rozczynu wodnego trikresolu wynosiła 9 cm³, a najwyższa 168 cm³. Nigdy nie zauważono powikłań ani miejscowych ani ogólnych; niektórzy tylko chorzy doznawali chwilowego nieprzyjemnego uczucia z powodu nakłucia igłą. Zwyczajnie gorączka opadała po 5—6 dniach; rzadziej po 2—3 dniach, a ustępowała po 10 dniach. Dla zapobieżenia nawrotom wstrzykiwano w dalszym ciągu trikresol 5—6 dni po ustaniu gorączki, gdyż przekonano się, iż wcześniejsze zaprzestanie nie chroni od nawrotu choroby. Nawroty też spotykano przy leczeniu trikesolem tylko początkowo, jeśli zaprzestano wstrzykiwań zaraz po opadnięciu gorączki. Stan zapalny nerek nie stanowi przeciwwskazania; na-

wet po zastosowaniu 90 wstrzyknięć 22-letnia chora z rozpoznaniem: »Meningismus, debilitas cordis, nephritis ac.« opuściła szpital zupełnie wyleczona, bez białkomoczu. Toż samo u kobiety 32-letniej z rozpoznaniem: »Mos. spanicus: bronchoblenorrhoe, nephrosis« — po zastosowaniu trikresolu przez 56 dni (w całości 148 cm³), znikło białko w moczu. Ciąża i karmienie również nie stanowią przeciwwskazania; chore takie znosiły trikresol dobrze.

1) M. l. 30. Pneumonia dispersa bilateralis haemorrhagica. Pneumonia crouposa abscedens lobi inf. pulmonis d. Bronchitis purulenta et fibrinosa ejusdem lobi. Pleuritis serofibrinosa d. Tumor lienis chron. Cirrhosis hepatis atroph. lev. gr. Gastritis ac.

2) M. l. 31. Pneumonia dispersa haemorrhagica crouposa et abscedens bilateralis. Pleuritis fibrin. lev. gr. Degeneratis parenchymatosa myocardii et renum. Tumor lienis sub ac.

3) M. l. 30. Pneumonia haemorrhagica abscedens bil. c. pleuritide serohaemorrhagica bil. et fibrinosa circumscripta sin. Degeneratio parenchymatosa musculi cordis. Tumor lienis subac.

4) K. l. 25. Pneumonia cat. disseminata d. Pneumonia crouposa dispersa sin. Abscessus lobi sup. pulmonis sin. Pleuritis seropurulenta sin. Tumorlienis subac. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis, renum.

5) M. l. 37. Pneumonia dispersa croup. pulm. d. Bronchitis purulenta ac catarrhalis (influenza). Degeneratio cerea musculorum rectorum abdominis.

6) M. l. 17. Bronchitis purulenta. Bronchopneumonia bil. Degeneratio myocardii.

7) M. l. 61. Pneumonia crouposa abscedens pulm. d. Pleuritis purulenta d. ss. compressione pulmonis d. (influenza). Perichondritis purulenta cartilaginis thyroideae ss. perforatione in oesophagum. Tumor lienis subac.

8) M. l. 38. Pneumonia crouposa abscedens lobi sup. pulm. d. et dispersa lobi sup. pulmonis sin. Pneumonia dispersa haemorrhagica lobi inf. pulmonis sin. Pleuritis fibrino purulenta d, Encephalitis haemorrhagica circumscripta lobi frontalis d. Meningitis purulenta diff. Degeneratio parenchymatosa myocardii ac hepatis. Gastsitis ac. Nephritis ac.

9) K. l. 21. Pneumonia crouposa lobi inf. pulm. d. in stadio hepatisationis rabrae. Pneumonia dispersa haemorrhagica pulmonis utr. Bronchiolitis purulenta lobi inf. pulm. sin. Pleuritis serofibrinosa bil. Lymphadenitis acuta abscedens glandularum bronchialium ac mediastini. Pericarditis serofibrinosa. Degeneratio parenchymatosa myocardii, Tumor lienis ac. Degeneratio adiposa hepatis ac renum.

10) K. l. 19. Pneumonia dispersa bil. Pneumonia crouposa lobi inf. pulmonis d. in stodio hepatisationis rubrae. Pneumonia abscedens lobi inf. pulmonis sin. Pleuritis serofibrinosa bil. Tonsillitis parenchymatosa ac. Pharyngo-laryngotracheitis ac. Adipositas hepatis. Nephritis ac. Tumor lienis ac. (influenza).

11) K. l. 44. Pneumonia crouposa abscedens. bil. Stenosis ostu venosi sin. ex endocarditide chronica. Hypertrophia et dilatatio atrii sin. et ventriculi d. Endoearditis verrucosa recens valvitricuspidalis et valv. semilunarium aortae. Tumor lienis ac.

12) M. l. 52. Tracheobronchitis cat. Bronchiolitis partim catarrhalis, partim purulenta. Pneumonia catarrhalis dispersa lobi inf. pulmonis utr. Tumor lienis ac.

13) K. l. 18. Pneumonia dispersa haemorrhsgica lobi inf. pulmonis sin. Pharyngitis ac. Tonsillitis ac. Oedema aditus ad laryngem. Laryngo tracheobronchitis diphteroides (influenza). Bronchiolitis purulenta. Tumor lienis subacutus. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis, renum.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Walne zgromadzenie Związku lekarzy odbędzie się w sobotę d. 26. VII. b. r. w domu Towarzystwa lek. krak. przy ul. Radziwiłłowskiej 4.

Warszawa. Jak swego czasu donosiliśmy, poczęło od 1. I. 1919 wychodzić popularne pismo: »Przyjaciel zdrowia ludu«, nakładem Ministerstwa zdrowia, a pod redakcyą Dr Br. Kaczorowskiego, lekarza powiatowego w Makowie pod Warszawą. Dotychczas wyszło 5 zeszytów tego miesięcznika, który należy do najpożyteczniejszych i najpotrzebniejszych wydawnictw ludowych. Z radością widzimy, że redakcya, z początku całą pracę dźwigająca na swych barkach, umiała stopniowo skupić koło siebie liczniejsze grono współpracowników, a wśród nich doświadczonych pisarzy ludowych i zasłużonych działaczy higienistów.

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr St. Ciechanowski.**

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 29. Kraków, 26. lipca 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K ·15·—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna Przewodniczący: Redaktor główny. Członkowie: Dr W. Damski, prezes Tow. lek. krak.; dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVIII Kraków, 26 lipca 1919 Nr. 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób dziecięcych Uniw. Jagiell. w Krakowie.
(Dyrektor Prof. Dr Lewkowicz).

Leczenie swoiste nagminnego zapalenia opon.

IV. Doniesienie.

Zdolność wiązania dopełniacza i własności bakteryobójcze surowic leczniczych.

Podał

Dr Władysław Bujak,
asystent kliniki.

Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem leczniczem surowicy przeciwmeningokokowej w nagminnem zapaleniu opon wykazują, zwłaszcza w ostatnich czasach, jak wynika z doniesień prof. Lewkowicza I., II., III., znaczną nierówność wyników. Obok przypadków, w których surowica działa korzystnie natychmiast, spotyka się inne, w których działanie to jest wręcz szkodliwe. Trudno zdać sobie na razie sprawę, na czem polega ta niedomoga surowicy, tem więcej, że dotychczas nie wiadomo napewno, jakie własności swoiste surowicy przeciwmeningokokowej działają leczniczo. Tem tłumaczy się różny sposób otrzymywania surowic, jak i nieustalony dotychczas sposób miareczkowania ich siły.

Surowica przeciwmeningokokowa zawiera kilka czynników swoistych: 1. antytoksyny, 2. aglutyniny i precypityny, 3. istoty wiążące dopełniacz, 4. bakteryotropiny, 5. opsoniny, 6. istoty bakteryobójcze.

Nie wszystkie z tych swoistych ciał posiadają działanie lecznicze.

Antytoksynę, a raczej antyendotoksynę, można wykazać w doświadczeniu na zwierzętach, jak to stwierdził Jochmann[8]), Flexner[17]) i Ruppel. Wiadomo jednak, że jadowitość meningokoka jest bardzo niestała i wogóle słaba dla zwierząt. Jedynie Ruppel[4]) wyhodował szczep silnie jadowity, przeciw któremu uodpornia zwierzęta pracowniane, wstrzykując im stopniowo coraz większe ilości meningokoków zwyczajnych. Szczep Ruppla jest jednak wyjątkowym pod względem jadowitości, gdyż dokładne badania Krumbeina i Schatiloffa z pracowni Kollego wykazały, że udaje się wprawdzie zwiększyć jadowitość meningokoka, nie w tym jednak stopniu, jak podaje Ruppel, a prócz tego jadowitość nie jest stała. Podobnie Kraus i Baecher[3]) otrzymali zapomocą sody n/10 z hodowli wyciąg, zabijający małe zwierzęta po wstrzyknięciu 0·5 cm³; działanie trujące ulega zobojętnieniu przez dodatek 0·5—0·2 cm³ surowicy ochronnej. Na tej podstawie Kraus i Doerr*) przypisują antyendotoksynie główne działanie lecznicze. Pomimo to większość badaczy zgadza się w poglądzie, że miareczkowanie surowicy leczniczej jednostką tak chwiejną jest niemożebne i jedynie Ruppel posługuje się tym sposobem.

Poza tem jest rzeczą wysoce wątpliwą, czy przeciwjady stanowią najważniejszy czynnik leczniczy. Spostrzeżenia kliniczne dowodzą bowiem, że w przypadkach, w których przez wprowadzenie surowicy leczniczej do worka podpajęczynówkowego i komór mózgowych nie uzyska się zniknięcia meningokoków, nie można dostrzedz żadnego korzystnego wpływu ani na ogólne, ani na miejscowe objawy. Stąd należy przypuszczać, że przeciwjadowe istoty ochronne nie odgrywają roli zasadniczej w leczeniu zapalenia nagminnego opon u człowieka, a co najwyżej mogą działać pomocniczo.

Zupełnie bez znaczenia pod względem leczniczym są precypityny i aglutyniny. Aglutyniny, jak wiadomo, nie działają uszkadzająco na drobnoustroje, więc też i nie mogą być wskaźnikiem leczniczej wartości surowicy. Wiadomo zresztą z innych badań, że aglutynacya nie postępuje równorzędnie z własnościami ochronnemi surowic leczniczych, a nadto zachowuje się rozmaicie wobec różnych szczepów. Krumbein i Schatiloff[5]) uważają ją wprawdzie za swoistą i występującą stale w rozcieńczeniach 1:1000 po 24 godz. w 37⁰, lecz Elser, William, Huntoon[7]) i inni stwierdzają, że pewne szczepy aglutynują się surowicą prawidłową w rozcieńczeniu 1:250, co różni się od danych Jochmanna[8]), uważającego 1:80 za granicę aglutynacyi meningokoków rzekomych od prawdziwych.

Istoty, wywołujące wiązanie dopełniacza, są dzisiaj przeważnie używane do miareczkowania surowic, jakkolwiek istoty te nie są równoznaczne z ciałami bakteryobójczemi, jak na to wskazują nowsze badania z zakresu duru brzusznego i cholery.

O wiele prawdopodobniejszą rolę pod względem leczniczym odgrywają bakteryotropiny, którym Neufeld[9]) przypisuje niemal wyłącznie działanie w surowicy swoistej i których używa do mianowania siły tej surowicy. Czy jednakże sam fakt zwiększonej żerności nie jest tu wyrazem zadziałania innych istot, uszkadzających meningokoki, trudno napewne twierdzić; innemi słowy, nie jest wykluczone, że fagocytozie ulegają tylko meningokoki uszkodzone. Przemawiałyby za tem badania Kämmerera[19]), który stwierdził silniejszą fagocytozę wobec gronkowców w roztworze NaCl, niż w płynie Ringera. W każdym razie do oznaczenia siły leczniczej surowicy sposób ten nadaje się dobrze i zyskuje sobie coraz więcej zwolenników. Zaznaczyć jedynie należy, jak to zauważa Kolle-Wassermann[10]) na podstawie badań Löhleina, że już same ciałka białe przemyte chłoną meningokoka. Objaw ten wyraźniej występuje po dodaniu surowicy prawidłowej, a dodanie surowicy swoistej wpływa tylko na wzmożenie tego zjawiska.

To samo odnosi się także do opsonin.

Istoty bakteryobójcze stwierdził w surowicy ochronnej Jochmann[8]) tak »in vitro«, jak i w doświadczeniu na zwierzętach, rzecz dziwna jednak, nie przypisuje im większego znaczenia, wbrew Kollemu i Wassermannowi[10]), a zwłaszcza Hohnowi*), który widzi w nich najważniejszy i jedyny czynnik leczniczy. Jochmann[8]), przeprowadzając badania nad surowicą przeciwmeningokokową, przekonał się, że przy bezpośredniem działaniu swoistej surowicy uczynnionej występuje zahamowanie wzrostu, dające się stwierdzić jeszcze w rozcieńczeniu 1:1280. Silniejsze działanie, bo zupełne wyjałowienie, występowało w rozcieńczeniu 1:32 do 1:64 przy użyciu surowicy świnki morskiej, której poprzednio wstrzyknięto surowicę leczniczą.

Wobec tych rozbieżności zapatrywań co do bakteryobójczości surowicy wskazane było bliższe zbadanie tej własności surowicy w związku z działaniem leczniczem u chorych. Przy uwzględnianiu wyników leczniczych opieramy się na szczegółowych badaniach prof. Lewkowicza.

*) cyt. wedł. Neufelda [9]).

*) wedł. Kutschera [12]).

Doświadczenia przeprowadziłem na trzech rodzajach surowic, mianowicie na surowicy, pochodzącej z państwowego zakładu w Wiedniu (z której pewne sorty nie nadawały się do badania bakteryobójczości z powodu dodatku fenolu), na surowicy z krakowskiego zakładu, który odstąpił klinice chorób dziecięcych pewną ilość surowicy celem wypróbowania, oraz na surowicy chorych, leczonych szczepionkami przez prof. Lewkowicza[3]). Surowice innego pochodzenia nie były mi dostępne z powodu warunków, wywołanych wojną.

Badania wstępne wykazały przedewszystkiem, że dwoinka Weichselbauma ginie szybko w rozczynie soli kuchennej i że wobec tego nie można używać do rozcieńczania rozczynu fizyologicznego w stanie czystym. Celem przekonania się, czy nie wpływa tu wyłącznie ciśnienie osmotyczne, przeprowadziłem próby w rozczynach soli o różnem stężeniu, jak wskazuje niżej podana tablica.

Dla uniknięcia powtarzania zaznaczam z góry, że we wszystkich doświadczeniach nad bakteryobójczością postępowałem w podobny sposób, t. j. sporządzałem rozczyny w objętości 1 cm^3 w małych próbówkach wyjałowionych, do których dodawałem równe ilości świeżo przygotowanej zawiesiny z 24-godzinnej hodowli meningokoka na agarze surowiczym w ilości 5—10 milionów dwoinek na każdą probówkę. Probówki wstawiałem do cieplarki o 37° na 4—5 godzin, poczem szczepiłem do rozpuszczonego agaru surowiczego o ciepłocie 42° C. pipetami kalibrowanemi po 0.05 cm^3 płynu. Wyniki odczytywałem po 24 i 48 godzinach pobytu pożywek w cieplarce w 37° i znaczyłem ilość 1—10 kolonii na całej pożywce znakiem +, 10—100 kolonii ++, 100—1000 kolonii +++, ponad 1000 ++++.

W ten sposób przeprowadzono doświadczenie z działania rozczynów NaCl na meningokoka.

1 cm^3 NaCl%	0·1,	0·2,	0·3,	0·4,	0·5,	0·6,	0·7,	0·8,	0·9,	1·0
Zawiesina Mgc w rozczynie fizyologicznym	0·05,	0·05,	0·05,	0·05,	0·05,	0·05,	0·05,	0·05,	0·05,	0.05

szczepiono po 4 godz. w 37° C. po 0·05 z każdego rozczynu.

wynik	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

W rozczynie fizyologicznym soli (0·85%) ginie meningokok po 2½ godzinach w 37° C., jak wskazuje tablica:

1 cm^3 NaCl 0·85% + 0·1 zawieś. Mgc — Szczepiono po 0·05 cm^3

po upływie minut	20	45	60	90	120	150
Wynik	++	++	++	++	+	—

Bakteryobójcze działanie soli kuchennej znane było już Fickerowi (1898)*), który przypisywał je nagłej zmianie ciśnienia osmotycznego. Że nie działa tu wyłącznie ten czynnik, dowodzi doświadczenie pierwsze, z którego wynika, że NaCl działa bakteryobójczo bez względu na stężenie rozczynu.

Przyczyny należy szukać raczej w szkodliwem działaniu soli o jednowartościowym katjonie w myśl doświadczeń Loeba[9]). Zjawiska tego nigdzie — o ile mi wiadomo — nie uwzględniano, co stało się powodem, że ze spostrzeżeń nad odpornością meningokoka wysnuwano zapewne błędne wnioski. I tak Lingelsheim i Kutscher[10]) twierdzą, że meningokok w rozczynie fizyologicznym soli ginie, gdy wyschnie na perełkach szklanych, natomiast żyje 2—5 dni, o ile znajduje się w rozczynie białka (n. p. ropie) lub śluzie.

W każdym razie wobec obniżenia ciśnienia osmotycznego okazuje się meningokok także mało wytrzymałym, gdyż w wodzie przekroplonej ginie szybciej, niż w rozczynie fizyologicznym soli.

Wobec stwierdzenia szkodliwego działania soli kuchennej, przeprowadziłem próby z rozczynem Ringera (Natr. chlor. 0·70, Calcii chlorati 0·02, Kalii chlorati, Natrii bicarbon. aa 0·01, Aquae dest. 100·0) i tu okazało się, że meningokok nie ginie, lecz wyrasta stosunkowo obficie, przeszczepiony nawet po 48 godzinach. Najodpowiedniejszym okazał się jednak dodatek surowicy, przy którym wpływ ujemny soli na dwoinkę Weichselbauma zupełnie zostaje zniesiony, o ile surowica stanowi 10—5% rozczynu; w niższem stężeniu daje się dostrzedz wpływ hamujący soli.

NaCl 0·85%	1 cm^3	1 cm^3	1 cm^3	1 cm^3	1 cm^3
Surow. uniecz.	0·1 »	0·05 »	0·02 »	0·01 »	0·005 »
Zawieś. Mgc.	0·1 »	0·1 »	0.1 »	0·1 »	0·1 »

Szczepiono po 3 godz. w 37° po 0·05 cm^3 z każdego rozczynu.

Wynik po 48 g.	++++	++++	+++	++	—

*) wedł. Günthera[18]).

Na zasadzie tych spostrzeżeń używałem do rozcieńczeń w dalszych doświadczeniach stale rozczynu Ringera z dodatkiem 10% surowicy końskiej unieczynnionej.

Badania własności wiązania dopełniacza przeprowadziłem sposobem odmiennym od sposobu podanego przez Kollego i Wassermanna[10]), którzy używali surowicy w ilości niezmiennej, a antygenu (wyciąg meningokoków) w ilościach stopniowo się zmniejszających. Technika, stosowana w badaniach własnych, po przeprowadzeniu doświadczeń porównawczych, została ustalona w tej postaci, jakiej używali Krumbein i Schatiloff[5]), t. j. do zawiesiny meningokoka w ilości niezmiennej (0·3 cm^3) dodawałem obniżające się w postępie geometrycznym ilości surowicy badanej, jak objaśnia doświadczenie, podane poniżej. Objętość ogólna wszystkich mieszanin wynosiła 3 cm^3.

Surowica przeciwmening. wyrobu wied. zakł. z d. 2. IX. 1916. Ser. 15. badana dnia 19. X. 1916.

Surow. cm^3	1·0,	0·3,	0·1,	0·03,	0·01,	0·003,	0·001,	0·0003,	0·0001
Wyciąg Mgc	0·3,	0·3,	0·3,	0·3,	0·3,	0·3,	0·3,	0·3,	0·3
Dopełniacz świn. mor. 1:10	0·5,	0·5,	0·5,	0·5,	0·5,	0·5,	0·5,	0·5,	0·5

po godzinie w 37°

Amboc. hemolit.*) 1:100	0·2,	0·2,	0·2,	0·2,	0·2,	0·2,	0·2,	0·2,	0·2
Krwinki bar. 5%	1·0,	1·0,	1·0,	1·0,	1·0,	1·0,	1·0,	1·0,	1·0
Wynik po 2 godz. w 37° (zahamowanie)	+++	+++	++	++	++	+	±	—	—

Ta sama surowica, badana co do ciał bakteryobójczych dnia 20. X. 1916 okazuje następujące wyniki:

Surow. w rozczyn. (nieczyn.)	1:1,	1:32,	1:10,	1:32,	1:100,	1:320,	1:1000
Zawies. Mgc	0·05,	0·05,	0·05,	0·05,	0·05,	0·05,	0·05
Dopeł. królika nierozcieńcz.	0·1,	0·1,	0·1,	0·1,	0·1,	0·1,	0·1

Szczepiono po 5 godz. w 37° po 0·05 cm^3 z każdej rurki

Wynik po 24 g.	+++	+++	++	—	+	++	+++

Dla porównania przeprowadzono analogicznie doświadczenie z tą samą surowicą bez dopełniacza, z surowicą końską prawidłową z dopełniaczem i bez, z samym dopełniaczem królika, przyczem wszędzie stwierdzono obfity wzrost dwoinek bez śladu zahamowania.

Podobne doświadczenia przeprowadzono z surowicą tego samego pochodzenia z daty 18. XII. 1916 z wynikiem ściśle takim samym co do wiązania dopełniacza, a zbliżonym co do istot bakteryobójczych (1:10—1:32).

Z doświadczeń tych wynikało, że surowica wiedeńska okazuje miano 0·001 w wiązaniu dopełniacza, bakteryobójczość zaś w rozcieńczeniu 1:10 do 1:32, przyczem zahamowanie wzrostu można było zauważyć także w słabszych i silniejszych rozcieńczeniach.

Z całego szeregu doświadczeń, podjętych także z innemi seryami surowicy wiedeńskiej okazywało się, że najwybitniejsze działanie bakteryobójcze występuje stale w rozcieńczeniach 1:10—1:32 czyli 3—10%, które to rozcieńczenia należy uważać za »optimum« lecznicze.

Nadmienić tu należy, że nie wszystkie szczepy meningokoka nadają się tak do badania odczynu wiązania dopełniacza, jak i bakteryobójczości i że wszystkie badania, które podaję, były przeprowadzone na jednym, szczególnie odpowiednim szczepie.

Surowica, którą krakowski zakład przysłał nam do wypróbowania, pochodząca z dnia 27. II. 1916, a badana w dniu 16. V. 1917, okazuje słabe wiązanie dopełniacza, albowiem zupełne zahamowanie w ilości 0·3 cm^3, a ślad zahamowania przy 0·03 cm^3, czyli działanie 10 razy słabsze od surowicy wiedeńskiej. Działanie bakteryobójcze surowicy krakowskiej okazało się równe zeru, siła aglutynująca natomiast prawie równa surowicy wiedeńskiej.

Na zasadzie tych spostrzeżeń można więc wysnuć wniosek, że w surowicy przeciwmeningokokowej istoty wywołujące

*) podwójna dawka hemolizująca.

wiązanie dopełniacza są odmienne od dwuchwytnika bakteryobójczego. Sprawa przedstawia się tu analogicznie do właściwości innych surowic ochronnych, jak przeciwdurowej (Moreschi, Neufeld, Hüne*) i przeciwcholerycznej (Haendel [13]), w których wykazano odrębność istot wiążących dopełniacz od dwuchwytnika bakteryobójczego (bakteryolitycznego). Innemi słowy: siła wiązania dopełniacza w surowicy przeciwmeningokokowej nie jest wykładnikiem jej własności bakteryobójczych, jak to już było wiadome o surowicy przeciwdurowej i przeciwcholerycznej.

W dalszych badaniach dokonałem oznaczenia istot swoistych w surowicy chorych, którym oprócz surowicy przeciwmeningokokowej kilkakrotnie wstrzyknięto szczepionkę, sporządzoną z własnych meningokoków (autowakcyna).

I. Chory W. l. 5**), przyjęty d. 1. IV. 1917 do kliniki chorób dziecięcych z rozpoznaniem: Meningitis cer.-spin. epid., w 6. dniu choroby.

Wstrzyknięcie surowicy leczniczej dokomorowe d 2. IV., 7. IV. i 8. IV. po 20 cm³, w ostatnim dniu także podskórnie szczepionka w ilości 0·2 miliarda. 13. IV. (18. dzień choroby***) 18 cm³ surowicy dokomorowo. 14. IV. (19) 19 cm³ surowicy dokomorowo. Podskórnie 0·8 miliarda dwoinek. 20. IV. (25). Podskórnie 1·5 miliarda dwoinek. 26. IV. (31). Podskórnie 2 miliardy dwoinek. 3. V. (38). Podskórnie 3 miliardy dwoinek. 11. V. (46). Podskórnie 5 miliardów dwoinek. W dniu tym pobrana surowica wykazuje własności odchylenia dopełniacza bardzo słabe, bo 1 cm³ daje zaledwie ślad hemolizy. Bakteryobójczość 0. 20. V. (55) wiązanie dopełniacza przy 0·3 cm³ surowicy, bakteryobójczość zupełna 1:10. Wstrzyknięto podskórnie 8 miliardów meningokoków. 29. V. (64) wiązanie dopełniacza przy 0·1 cm³ surowicy, bakteryobójczość zupełna 1:10, zahamowanie wzrostu jeszcze 1:100. Wstrzyknięto podskórnie 12 miliardów dwoinek. 6. VI. (72) wiązanie dopełniacza przy 0·01 cm³ surowicy, bakteryobójczość zupełna 1:32, zahamowanie wzrostu 1:1000. Wstrzyknięto podskórnie 20 miliardów dwoinek. 15. VI. (81) 30 miliardów dwoinek podskórnie. 16. VI. (82) wiązanie dopełniacza przy 0·03 cm³. 3. VII. (99) 40 miliardów dwoinek podskórnie. 7. VII. (103) wiązanie dopełnircza przy 0·01 cm³. 11. VII. (107) wiązanie dopełniacza przy 0·03 cm³. 20. VII. (116) wiązanie dopełniacza przy 0·01 cm³. 30. VII. (126) wiązanie dopełniacza przy 0·10 cm³.

W przypadku tym przez wstrzykiwanie surowicy przeciwmeningokokowej nie uzyskało się wyleczenia. Wytępienie doszczętne meningokoków udało się wywołać dopiero przez wstrzyknięcie dokomorowe 15 cm³ własnej surowicy chorego, świeżo otrzymanej dnia 26. VI. Surowica ta, jak widzimy, była co do ciał wiążących dopełniacz 10—30 razy słabsza od wiedeńskiej, ale miała taką samą zawartość istot bakteryobójczych.

Po zaprzestaniu uodporniania następuje, jak się zdaje, szybkie opadanie miana surowicy.

II. Chory K. l. 18****), przyjęty do szpitala fortecznego V. dnia 2. IX. 1916 w 8. dniu nagminnego zapalenia opon. 3. IX. (9) wstrzyknięto dokomorowo 18 cm³ surowicy leczniczej, podskórnie zaś 0·32 miliarda dwoinek. W surowicy chorego bakteryobójczość surowicy 0. 10. IX. (16) 2·4 miliardów dwoinek podskórnie. Bakteryobójczość surowicy 0. 20. IX. (26) 5 miliardów dwoinek podskórnie. 6. X. (42) 6 miliardów dwoinek podskórnie, bakteryobójczość 0. 17. X. (531) bakteryobójczość surowicy 1:10 +.

III. Chory O. l. 23**) przyjęty do szpitala fortecznego V. d. 25. VIII. 1917 w 21. dniu choroby (nagminne zapalenie opon). 27. VIII. (23) wiązanie dopełniacza przy 0·01 cm³ surowicy. Podskórnie 2·5 miliardów dwoinek. 2. IX. (29) wiązanie dopełniacza przy 0·003 cm³. 4. IX. (31) podskórnie 10 miliardów dwoinek. 13. IX. (40) wiązanie dopełniacza przy 0·01 cm³.

Doświadczenia te, przeprowadzone na chorych, dowodzą, że przez wstrzykiwanie zawiesiny zabitych dwoinek nagminnego zapalenia opon udaje się wywołać uodpornienie czynne, dające się mierzyć tak sposobem wiązania dopełniacza, jak i własnościami bakteryobójczemi w surowicy. Własności bakteryobójcze pojawiają się tu dopiero pod wpływem szczepionki, po zastosowaniu 5 miliardów dwoinek, w 9. dniu po 6. wstrzyknięciu.

Ciekawem jest, że i w II przypadku, chociaż chodziło o przypadek, wyleczony bezpośrednio po pierwszem wstrzyknięciu szczepionki, pojawiają się istoty bakteryobójcze mniej więcej w tym samym okresie, t. j. po 5 wstrzyknięciach, w 11. dniu po zastosowaniu 6 miliardów dwoinek. W przypadku I. wyniki badania własności ochronnych surowicy zbiegają się z wynikami badań klinicznych: wytępienie dwoinek w płynie mózgowordzeniowym powiodło się własną surowicą chorego wówczas, gdy nabrała ona własności bakteryobójczych.

W przypadku III. stwierdzono w surowicy chorego, nie leczonego swoiście, wysoką zdolność wiązania dopełniacza w 21. dniu choroby, powstałą widocznie samoistnie.

Na zasadzie przytoczonych badań wydawało się usprawiedliwionem przypuszczenie, że czynnikiem działającym w surowicy leczniczej są przedewszystkiem istoty bakteryobójcze, a więc ciała, które dla skutecznego zadziałania wymagają obecności dopełniacza. Jak wiadomo, płyn mózgowordzeniowy prawidłowy dopełniacza nie zawiera, w stanie zapalnym zaś bardzo nieznaczne ilości. Według własnych, nieogłoszonych badań z r. 1912, w przypadkach zapalenia nagminnego opon ilość dopełniacza w 1 cm³ płynu odpowiada 0·01 do 0·005 cm³ świeżej surowicy świnki morskiej: ilości te w układzie hemolitycznym wywołują zaledwie ślad rozpuszczenia krwinek, i pod względem praktycznym nie mogą wchodzić w rachubę.

Na tej podstawie wydawało się wskazanem spróbować działania surowicy leczniczej uczynnionej*). Próby podobne z uczynnieniem zapomocą surowicy chorego świeżo zebranej, zatem działającej jako dopełniacz, przeprowadzono w kilku przypadkach, wyniki zaś, tą drogą uzyskane, zdają się zachęcać do dalszych prób.

Badania przytoczone upoważniają do wniosków następujących:

I. Spostrzeżenia doświadczalne i kliniczne wskazują, że lecznicze działanie surowicy przeciwmeningokokowej polega przedewszystkiem na własnościach bakteryobójczych.

II. Podobnie, jak w surowicy przeciwdurowej i przeciwcholerycznej, tak samo i w surowicy przeciwmeningokokowej można stwierdzić, że ciała wywołujące wiązanie dopełniacza nie są równoznaczne z dwuchwytnikiem bakteryobójczym.

Piśmiennictwo.

1—3. Lewkowicz: Przegl. l. 1916. Nr 1. i 2., 1917. Nr 43. 1919. Nr 16—18. i Wiener k. W. 1916. Nr 8., 1918. Nr 21. — 4. Ruppel: D. m. W. 1906. s. 1366. — 5. Krumbein-Schatiloff: D. m. W. 1908. s. 1002. — 6. Kraus u. Baecher: Ref. Ctrb. Bakt. T 45. I. 1910. s. 56. — 7. Elser and Huntoon: Ref. tamże s. 37. — 8. Jochmann: D. m. W. 1906. s. 788. — 9. Neufeld: D. m. W. 1908. s. 2149. — 10. Kolle-Wassermann: D. m. W. 1906. s. 609. — 11. Loeb Jacques: Vorlesungen über die Dynamik der Lebenserscheinungen. Leipzig 1906. s. 81. — 12. Kutscher K. H.: w podr. Kolle-Wassermann Handb. d. path. Mikr. Jena 1912. T. IV. — 13. Haendel: D. m. W. 1907. s. 2030. — 14. Dopter Semaine: med. 1912. s. 298. — 15. Delort et Stiassnie: Ref. Z. f. Kinderh. T. VIII. s. 482. — 16. Halle: Ref. tamże. — 17. Flexner: w podr. Wolff Eisner, Handb. der Serumther. München 1910. — 18. Günther: Einführung in das Studium der Bakteriologie. Leipzig. 1996. s. 47. — 19. Kämmerer: M. m. W. 1907. s. 1916

---

†

Dr Stanisław Dobrucki

naczelny lekarz szpitala św. Wincentego w Lublinie, wieloletni prezes Towarzystwa lekarskiego lubelskiego, członek honorowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i lubelskiego, wybitny chirurg i zasłużony pisarz lekarski, zmarł w Lublinie w 56 r. ż. 11. lipca 1919.

---

*) cyt. wedł. Haendla [13]).

**) ob. K. Lewkowicz, 3 przyp. 73*.

***) w nawiasie podano dzień choroby.

****) ob. K. Lewkowicz, 3) przyp. 64*.

*****) ob. K. Lewkowicz, 3) przyp. 79*.

*) Surowica przechowywana traci dopełniacz po 8 dniach wedł. Krumbeina i Schatiloffa [5]).

Wiadomości bieżące.

Sejm uchwalił 19. VII. b. r. na zasadzie sprawozdania Komisyi zdrowia publicznego zasadniczą ustawę sanitarną i ustawę o przymusowem szczepieniu krowianką, jak również przyjął sprawozdanie Komisyi o wnioskach p. Dąbala co do zwalczania chorób zakaźnych. Do tych doniosłych uchwał Sejmu powrócimy, skoro tylko pozwoli na to miejsce.

Kraków. Dziekanem Wydziału lekarskiego na rok 1919/20 został wybrany prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

— »Przyjaciel zdrowia ludu«, wychodzący pod redakcyą Dr B. Kaczorowskiego w Makowie, zasługuje jako dobre pismo popularno-higieniczne dla kół najszerszych na jak największe poparcie ze strony lekarzy. Przedpłata roczna wynosi 8 marek czyli 16 koron.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskał p. Adolf Uhl, rodem z Lednicy Niemieckiej, podporucznik wojsk p.

Lwów. Prof. Dr Witold Nowicki został mianowany zwyczajnym profesorem anatomii patologicznej. (Mon. p. Nr 156).

Warszawa. Od jesieni r. b. obsadzone będą posady lekarzy szkolnych przy seminaryach nauczycielskich w pomniejszych miastach b. Kongresówki, z poborami od 8040 do 11.100 marek rocznie. Podania z dokumentami należy wnosić do Ministerstwa oświaty do d. 10. sierpnia 1919.

Zmarli: Dr Józef Pluta w Mińsku mazowieckim w 60 r. ż., Dr Izaak Goldberger w Podgórzu (z duru plamistego).

Redakcya otrzymała: Zgórski i Demianowski: Uszkodzenia pracowników kolejowych z okręgu Lwowskiej Dyrekcyi kolejowej. Lwów 1919. — J. Jaworski: O obecnych stosunkach i sprawach lekarskich w Wielkopolsce. (Gaz. lek. 1919). — Prof. Dr Romuald Węgłowski: Chirurgia operacyjna. Warszawa 1919. (Wydawnictwo M. Arcta). Stron 662 z 623 rysunkami.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 30 Kraków, 2. sierpnia 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K ·15—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K.

Do dzisiejszego Nru załącza się dla czytelników z Małopolski broszurę Prof. Dra A. Cieszyńskiego p. t. **»O reformie studjów stomatologicznych w Polsce«.**

Rok LVIII. Kraków, 2. sierpnia 1919 Nr. 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O szmerach czynnościowych serca i ich stosunku do ubiegłej wojny.

Podał*)

Dr Tadeusz Tempka.

Zapewne żaden z narządów ustroju ludzkiego nie miał tyle zadań do spełnienia podczas ubiegłej wojny, co serce; olbrzymia bowiem suma wysiłków fizycznych i psychicznych, jakie stanęły przed zbrojną ludzkością, musiała się odbić w pierwszym rzędzie na motorze ustroju, na sercu; z drugiej strony badanie olbrzymiego materyału ludzkiego tak na tyłach, jak i tuż za linią bojową, rozszerzyło nasze wiadomości z zakresu patologii serca: tyczy się to między innemi także t. zw. szmerów dodatkowych, lub czynnościowych.

Zapatrywania na istotę i przyczynę tych szmerów są rozbieżne; przyczyna tego tkwi w różnorakim charakterze szmerów, w ich nieuchwytności, że się tak wyrażę.

Jak nazwa wskazuje, rozumiemy przez szmery czynnościowe, względnie powinniśmy rozumieć, szmery, słyszalne nad sercem i jego najbliższą okolicą, których podłożem nie są zmiany anatomiczne, przynajmniej nie zmiany, dające się wykazać zapomocą dostępnych nam dotychczas sposobów badania.

Znane nam z czasów przedwojennych szmery czynnościowe spotykaliśmy u osób nerwowych, przeważnie niedokrwistych, zwłaszcza bledniczych; niektórzy jak n. p. Lüthje (1) słyszeli je wprawdzie często, ale u dzieci w wieku szkolnym; przypuszcza on nawet, że szmer czynnościowy nad tętnicą płucną jest niejako regułą w pewnym okresie rozwoju dziecka. U osób dorosłych były jednak te szmery na ogół rzadkie; wojna zaś, o ile mogłem stwierdzić podczas przeszło czteroletniego pobytu w polu, zasypała nas po prostu tego rodzaju przypadkami.

Najczęściej i najbardziej typowo występują szmery czynnościowe nad tętnicą płucną, i to prawie wyłącznie w okresie skurczu; spotyka się jednak czasem opisywane tutaj szmery, słyszalne podczas rozkurczu (Becker (2). Jak wogóle wszystkie szmery czynnościowe, tak samo i te słyszymy u ludzi młodych, mniej więcej do lat trzydziestu. Główną ich cechą charakterystyczną jest zmienność i niestałość, zależna od zmiany położenia badanej osoby, od okresu oddechowego, od ilości skurczów serca, a nadto od stopnia zdenerwowania chorego. Słyszymy je najczęściej w drugiem, ale często także i w trzeciem lewem międzyżebrzu tuż przy mostku. W przeciwieństwie do szmerów organicznych są one krótkie, powierzchowne, jak gdyby ich miejsce powstawania było tuż pod słuchawką; słyszeć je można tylko na ograniczonej przestrzeni, mniej więcej o średnicy 3—4 cm.; występują one albo przed, albo tuż po pierwszym tonie, który zachowuje w zupełności swą czystość i wyrazistość; przeważnie są one miękkie, dmuchające, czasem jednak mają charakter drapiący. Niekiedy ucisk słuchawką na klatkę piersiową zwiększa siłę szmeru; stale spostrzegać to możemy, jak stwierdziłem na szeregu przypadków, na szczycie głębokiego wydechu i zatrzymaniu oddechu, zwłaszcza po kilku nasilonych ruchach oddechowych. Czasem szmer, który przy spokojnym oddechu jest niesłyszalny, występuje dopiero po głębokim wydechu. Przy wywołaniu zwiększonego ciśnienia w klatce piersiowej sposobem Valsalvy, t. zn. przy silnym ruchu wydechowym i równoczesnem wdechowem ustawieniu klatki piersiowej i zamkniętej głośni — szmery te zyskują na sile (Fleckseder (3), w przeciwieństwie do szmerów organicznych zastawkowych, które w tym przypadku nie ulegają zmianie, przynajmniej w pierwszych sekundach. Dowodem zmienności i niestałości szmerów czynnościowych jest okoliczność, że czasem słyszymy je tylko w pewnem ułożeniu chorego, n. p. leżącem, siedzącem, bocznem lub stojącem. Niekiedy szmer taki znika nagle i powtórnego jego wystąpienia nie można wywołać ani zmianą położenia chorego, ani silnym wydechem, ani przyspieszeniem akcyi serca. Nadmienić należy, że w przypadkach rzeczywiście czynnościowych szmerów niema objawów, wskazujących na zmiany anatomiczne serca, jak przerost i rozszerzenie komór sercowych. Co się tyczy drugiego tonu nad tętnicą płucną, to według jednych nie bywa on wzmocniony (Leube (4), natomiast inni (Lüthje (1) i Becker (3) mówią o częstem wzmocnieniu tego tonu w przypadku szmerów czynnościowych nad tą tętnicą. Według moich spostrzeżeń można spotkać to wzmożenie drugiego tonu nad tętnicą płucną względnie często na szczycie głębokiego wydechu, poprzedzonego silnym wdechem, i to zarówno w przypadkach szmerów czynnościowych, jak i bez nich. Co się tyczy braku zmian anatomicznych serca u osób z tymi szmerami, to muszę jednak zdanie to w pewnym stopniu ograniczyć: spotykałem bowiem dość często młodych żołnierzy, zwłaszcza piechurów, z samoistnym przerostem lewej komory i ze skurczowym szmerem o cechach wyżej wymienionych nad tętnicą płucną tak, że mimo zmiany anatomicznej serca, musiałem te szmery uważać za czynnościowe.

Poglądy na sposób powstawania szmerów nad tętnicą płucną są rozbieżne i nie wychodzą poza ramy prawdopodobieństwa; według jednych powstają one z powodu silniejszego tarcia o siebie na ograniczonej przestrzeni dwu blaszek osierdzia, nie zmienionych chorobowo, względnie wskutek tarcia brzegu płuc o opłucną i zewnętrzną powierzchnię osierdzia, lub wreszcie wskutek ugniatania przez serce miąższu płucnego, znajdującego się między niem, a klatką piersiową (Hermann Müller (5); przemawiałby za tą teoryą fakt, że często przyspieszenie akcyi serca i ucisk słuchawką na dane miejsce przyczynia się do wzmożenia, lub wogóle wywołania tych szmerów.

Drugie zapatrywanie przyjmuje jako warunek do powstania tych szmerów udział serca i graniczącej z niem bezpośrednio części płuca i oznacza je jako szmery »sercowo-płucne«; podczas skurczu serca zmniejsza się jego pojemność, przez co przybrzeżne części płuca ulegają rozszerzeniu, a w rozszerzony w ten sposób miąższ płucny wpada prąd powietrza, wywołując szmer; stąd też także nazwa »skurczowych szmerów oddechowych« (Ehret (6). Ten sposób tłumaczenia odnosi się do szmerów, słyszalnych podczas wstrzymania oddechu.

Według niektórych autorów szmery te występują najsilniej, jeżeli skurczowe zmniejszenie się pojemności serca przypada na okres wdechu, a nadto mają one stawać się silniejsze przy zatrzymaniu oddechu na szczycie wdechu, znikać zaś mają przy zatrzymaniu oddechu na szczycie wydechu (Feer (7).

Na podstawie moich spostrzeżeń mogę twierdzić, że szmery czynnościowe nad tętnicą płucną są najsilniejsze, lub wogóle dopiero występują na szczycie wydechu i zatrzymania oddechu, zwłaszcza jeżeli poprzednio nastąpiło kilka nasilonych ruchów oddechowych. Ta okoliczność pozwala nam łatwiej wytłumaczyć sobie powstawanie tych szmerów sercowo-płucnych, albowiem

*) Na podstawie spostrzeżeń, poczynionych przez czteroletni pobyt w polu (b. austr. szpital polowy 109 — Galicya i Wołyń, b. austr. szpital polowy 404 — Durazzo i b. austr. improwizowany szpital w Beracie).

podczas silnego wydechu płuco zmniejszyło do minimum swą pojemność i łatwiej może uledz rozszerzeniu podczas skurczowego zmniejszenia się pojemności serca, aniżeli płuco wdechowo ustawione.

Także możliwość zwolnienia napięcia w początkowej części tętnicy płucnej, wskutek czego przy skurczu serca silniej się ona rozciąga, niż w stanie prawidłowym — mogłaby nam tłumaczyć powstawanie szmeru czynnościowego nad tętnicą płucną (Leube (4).

Nieco inaczej stara się wytłumaczyć ten objaw Neukirch (13); przyjmuje on mianowicie w takich przypadkach względne zwężenie tętnicy głównej w stosunku do światła lewej komory, wskutek czego przy skurczu część krwi zostaje niejako odbita od zastawek aorty, wywołując przez to wiry i szmer; ze względu na anatomiczne położenie aorty, jest ten szmer słyszalny najlepiej nad lewem uszkiem.

Podobne tłumaczenie daje Lüthje (1), tylko odnosi je do względnego zwężenia tętnicy płucnej, której ujście jest już z natury względnie wązkie; jeżeli teraz zmienią się warunki przestrzenne w klatce piersiowej na niekorzyść tętnicy płucnej, czy to wskutek silnego wydechu, czy to przy płaskiej klatce piersiowej, czy też przy szybszym prądzie krwi, to tem samem nastają warunki do powstania szmeru przy przechodzeniu krwi z komory prawej do tętnicy płucnej.

Te ostatnie dwa tłumaczenia wkraczają już jednakże, choć nieznacznie, w zakres patologii i przyjmują wyraźny czynnik anatomiczny.

W ostatnich czasach pojawiły się usiłowania wytłumaczenia szmerów nad tętnicą płucną zapomocą badań promieniami Roentgena (Haenisch u. Querner (8). Jeżeli prześwietlamy klatkę piersiową przy bocznem ustawieniu badanej osoby, to stwierdzamy między tylną powierzchnią mostka a przednią granicą sylwetki serca i naczyń obecność przestrzeni, zwróconej ostrym kątem w dół: jest to t. zw. »pole pozamostkowe«. W przypadkach prawidłowych, nawet podczas najgłębszego wydechu, przestrzeń ta nie znika zupełnie. Natomiast w przypadkach ze szmerami nad tętnicą płucną, wskutek znacznego zbliżenia się sylwetki serca i naczyń do przedniej powierzchni klatki piersiowej, widzimy, jak pole pozamostkowe podczas wydechu stopniowo staje się węższe, aż wreszcie na szczycie wydechu zanika zupełnie, tak że cień sercowo naczyniowy przylega szczelnie do klatki piersiowej; sam zaś szmer miałby powstawać w tym wypadku albo przez to, że tętnica płucna, przygnieciona niejako do klatki piersiowej, ulega zwężeniu, względnie zagięciu, które może być źródłem szmeru, lub też, że powstaje na ograniczonej przestrzeni tarcie między tętnicą płucną a ścianą klatki piersiowej. Ten sposób tłumaczenia wygląda wcale ponętnie, bo stawia nam przed oczy więcej uchwytne warunki, a nadto objaśnia bardzo dobrze znikanie, lub słabnięcie szmeru w czasie wdechu i wzmaganie się podczas wydechu. Zaznaczyć jednak muszę, że pogląd ten miałby znaczenie ograniczone tylko do pewnej części szmerów nad tętnicą płucną. Nie możemy bowiem wytłumaczyć sobie zapomocą niego tych przypadków, gdzie szmer taki znika nagle na jakiś czas, lub nawet zupełnie i gdzie go na żaden sposób nie możemy z powrotem wywołać. Jeżeliby bowiem miał on swe źródło w powyżej omówionych warunkach, a więc w stałej zmianie anatomicznej, musiałby stale się utrzymywać. Jak więc widać, obracamy się tutaj tylko w granicach przypuszczeń.

Drugie miejsce co do częstości zajmują szmery nad koniuszkiem i podstawą serca; podobnie, jak i powyżej opisane, są one niestałe, krótkie, miękkie, powierzchowne, słyszalne na drobnej przestrzeni i z zasady towarzyszą skurczowi, nie mącąc w niczem wyrazistości tonów. Także i tutaj brak oznak, wskazujących na zmiany anatomiczne mięśnia sercowego. Również i te szmery spotykamy u osób młodych, nerwowych, zwłaszcza przy szybszej i podnieconej akcyi serca, n. p. u osób gorączkujących i niedokrwistych. Dla wytłumaczenia tych szmerów mamy znowu mniej lub więcej prawdopodobne przypuszczenia.

Podobnie jak przy zwyrodnieniach mięśnia sercowego spotykamy nad koniuszkiem jużto rozszczepienia pierwszego tonu, jużto krótkie szmery skurczowe, wywołane wstecznemi zmianami tego mięśnia, tak samo możnaby przyjąć, że i przy zupełnie prawidłowem sercu mogą przy szybkiej jego czynności wystąpić fizyologiczne rozszczepienia pierwszego tonu, wiodące czasem do szmeru.

Dla pewnej części szmerów nad koniuszkiem możnaby wziąć za podstawę nieco inne tłumaczenie, oparte jednak, podobnie jak i poprzednie, na analogii ze stosunkami chorobowymi. Nie ulega wątpliwości, że przy zwyrodnieniu mięśnia sercowego, zwłaszcza zaś mięśni brodawkowych, może bardzo łatwo powstać niedomykalność odpowiedniej zastawki, mimo że jest ona anatomicznie nietknięta. Przy podnieconej czynności zupełnie zdrowego serca mogą wystąpić przejściowe zboczenia w unerwieniu narządu mięśniowo-zastawkowego, które mogłyby pociągnąć za sobą również przejściową niedomykalność odnośnej zastawki, objawiającej się szmerem. Mielibyśmy wtedy prawo mówić o czynnościowej niedomodze zastawek (Flecksede (3).

Szmery, występujące w przebiegu niedokrwistości znaczniejszego stopnia, mogą mieć swe źródło w rozmaitych czynnikach. Może być niem naprzód zmniejszone ciśnienie w wielkich naczyniach (Rolly u. Kühnel (9); dalej wlewanie się szczupłej ilości krwi ze słabo wypełnionych dużych naczyń żylnych do szeroko otwartych przedsionków może wywoływać wiry i szmery (Sehrwald 10); wreszcie zmniejszone zagęszczenie i szybszy prąd krwi mogą być przyczyną szmeru (Sahli (11).

Przy ocenianiu szmerów w cięższej niedokrwistości trzeba być jednak bardzo ostrożnym; w przypadkach bowiem takich może łatwo powstać zwyrodnienie mięśnia sercowego i mięśni brodawkowych, wskutek czego szmery przez to wywołane nie są już oczywiście natury czynnościowej, lecz są wyrazem zmiany anatomicznej serca. Rozstrzygać tu musi zachowanie się całego serca i tętna.

Opierając się, co do szmerów nad koniuszkiem i podstawą, na któremś z dopiero przytoczonych tłumaczeń, moglibyśmy je nazwać właściwymi sercowymi szmerami czynnościowymi, gdyż przyczyna ich leży w obrębie samego serca — w przeciwieństwie do szmerów nad tętnicą płucną, których przyczyna według ogólnego zapatrywania tkwi w czynnikach, znajdujących się poza obrębem serca, choć jest z jego akcyą ściśle związana.

Do grupy, zajmującej trzecie miejsce co do częstości, zaliczyłbym krótkie skurczowe szmery nad tętnicą główną o zupełnie tych samych właściwościach, co i szmery nad tętnicą płucną; prawdopodobnie przyczyna ich leży w tych samych czynnikach. Wykluczyć musimy oczywiście szmery organiczne, jak n. p. szmery wywołane miażdżycą i kiłą tętnicy głównej.

Oprócz wymienionych już szmerów spotykamy w okolicy serca i inne szmery, mające swe źródło w dużych żyłach wewnątrzpiersiowych i nie należące wskutek tego do grupy sercowych szmerów czynnościowych. Jest to t. zw. buczenie żylne, słyszalne u podstawy serca i dające się łatwo odróżnić od szmerów serca, swym więcej muzykalnym charakterem i występowaniem podczas obu okresów czynności serca.

Również nie można zaliczyć do szmerów czynnościowych — szmerów o charakterze tonów muzycznych, wywołanych obecnością nitek ścięgnistych, przebiegających w świetle komór w poprzek prądu krwi; jakkolwiek szmery te są dla badanej osoby zupełnie bez znaczenia, to jednak mają podstawę anatomiczną, nie są więc »czynnościowe«. Nadto trzeba zauważyć, że niektórzy podają w ogóle w wątpliwość możność powstawania tego rodzaju szmerów.

Jak wielkie jeszcze zamieszanie pojęć panuje w sprawie podziału, a nawet samej istoty szmerów czynnościowych, najlepiej dowodzi n. p. stanowisko Fleckseder (3), które jest wprost niezrozumiałe; zalicza on bowiem do szmerów czynnościowych nawet takie, które mają wybitne podłoże anatomiczne, n. p. szmery, występujące przy ucisku guzów na tętnicę główną i płucną, a nadto szmery, występujące w następstwie miażdżycy i kiły aorty. To samo można powiedzieć o Henschenie (12), który szmery czynnościowe stara się wytłumaczyć zawsze rozszerzeniem serca, a więc przyjmuje podłoże anatomiczne.

Rzeczywiste szmery czynnościowe są dla danych osób zupełnie obojętne i nie wywołują same przez się żadnych podmiotowych objawów. Najczęściej spotykamy u takich osób znamiona ogólnej niedomogi nerwowej, lub nerwicy serca, często zaś niema i tych nawet objawów. Jednem słowem szmery czynnościowe spotykamy w zdrowem, lub co najwyżej nerwowem sercu; tem samem odpada sprawa rokowania i leczenia.

Mój materyał obserwacyjny stanowili chorzy i ranni, napływający do szpitala polowego z pobliskiego frontu, częścią zaś z formacyi pozafrontowych; w ciągu czterech lat materyał ten wzrósł do szeregu tysięcy. Statystykę, którą zacząłem prowadzić na samym początku, zarzuciłem następnie: była ona bowiem dokładna tylko w czasie walk pozycyjnych, gdy dziennie dostawało się w moje ręce 10—30 chorych. Natomiast stawało się wykonanie wszelkiej statystyki wprost niemożliwe podczas ruchów wojsk, kiedy chorzy i ranni przybywali do szpitala nie tylko setkami, ale czasem nawet tysiącami. Statystyka, obejmująca tylko materyał z czasów walk okopowych, nie odpowiada-

łaby prawdzie. Mogę tylko ogólnikowo stwierdzić, że słyszałem te szmery, w przeciwieństwie do czasów przedwojennych, bardzo często, przyczem jednak zachodziły różnice, zależne od tego, czy dany materyał pochodził z walk pozycyjnych, czy ruchowych, zwłaszcza odwrotowych; w czasach walk odwrotowych były one daleko częstsze, dochodząc czasem 20—30%.

Przeważnie przychodzili ci chorzy z rozpoznaniem wady organicznej serca; bardzo często nie mogłem u nich już stwierdzić żadnych szmerów, zwłaszcza gdy od chwili ich odejścia z linii upłynęło już parę dni. Dla dokładności badałem przeważnie w takich przypadkach mocz i zachowanie się tętnic i tarczycy, a w miarę sposobności mierzyłem ciśnienie krwi i prześwietlałem serce promieniami Roentgena.

Co się tyczy samych szmerów, to olbrzymia większość, prawie ponad 99%, przypadała na skurczowe szmery nad tętnicą płucną, znikoma zaś reszta na szmery nad koniuszkiem i podstawą. Do nadzwyczajnych wyjątków należały szmery nad tętnicą główną. Tak więc możnaby szmery nad tętnicą płucną nazwać niejako wojennymi szmerami czynnościowymi.

Szmery nad koniuszkiem i podstawą słyszałem wyłącznie przy przyspieszonej akcyi, i to przeważnie u gorączkujących, natomiast szmery nad tętnicą płucną występowały bardzo często przy zupełnie powolnej, lub tylko nieznacznie przyspieszonej czynności serca. Chorzy z tymi szmerami okazywali najczęściej znaczne znużenie fizyczne; byli nadto wśród nich ranni i z objawami wstrząsu nerwowego; częste były objawy ogólnej niedomogi nerwowej, zwłaszcza zaś nerwicy serca przy dobrem ogólnem odżywieniu. Szmery były słyszalne przeważnie tuż przed pierwszym tonem i miały cechy już powyżej omówione.

Takie nadzwyczajne wzmożenie się liczebne szmerów czynnościowych, i to w pierwszym rzędzie szmerów nad tętnicą płucną, było tak uderzające w przeciwieństwie do czasów przedwojennych, że mimowoli nasuwało się pytanie: gdzie tkwi przyczyna tego zjawiska?

Ponieważ słyszałem je u osób młodych, zdrowych i (zwłaszcza na początku wojny) dobrze odżywionych, można było odrzucić te przyczyny, któremi staramy się wytłumaczyć szmery, występujące u osób charłaczych i niedokrwistych.

Tego, że sama niedokrwistość nie usposabia na ogół do występowania szmerów nad tętnicą płucną, dowodzą moje spostrzeżenia z Albanii; można śmiało powiedzieć, że około 90% osób cierpiało tam na zimnicę, i to przeważnie ciężką zimnicę podzwrotnikową z następstwami, a mimo to szmery te nie były tam zbyt częste.

To samo można powiedzieć i o przyspieszonej czynności serca; upały albańskie, dochodzące w lecie do 60—70° C, wywoływały u wszystkich mniejsze lub większe przyspieszenie tętna, a przecież szmery te były tam rzadsze, niż na froncie galicyjsko-wołyńskim.

Także i teorya słabo rozwiniętego »pola pozamostkowego« nie może wytłumaczyć tego zjawiska, bo naprzód trudno przyjąć, aby takie stosunki anatomiczne, odbiegające bądź co bądź od stanu prawidłowego, znajdowały się u tak wielu ludzi, a powtóre nie może ona wytłumaczyć, jak już poprzednio wspomniałem, chwilowo występujących szmerów.

Stosunkowo często widywałem u osób ze szmerami nad tętnicą płucną powiększenie tarczycy z lekkiem przyspieszeniem tętna. Byli to żołnierze, u których objaw ten wystąpił dopiero w polu. Ponieważ znajdował się on znowu tylko u pewnej nieznacznej części tych żołnierzy, nie można mu więc było przypisywać większego znaczenia, niż poprzednim czynnikom. To samo należy powiedzieć także i o spotykanem niekiedy u tych osób sercu ruchomem, sercu wahadłowem i swoistym przeroście lewej komory. Osoby te należały do rozmaitych zawodów, przeważały jednak zawody fizyczne; nie można temu jednak przypisywać większego znaczenia, gdyż z pośród wszystkich warstw społecznych najwięcej rekruta dostarczały właśnie zawody fizyczne.

Ważniejszą była okoliczność oparta na wywiadach, że kiła, alkohol i nikotyna odgrywały rolę tylko u pewnej części tych chorych; tak więc i tym szczegółom nie można było przypisać ogólniejszego znaczenia.

Żaden tedy z powyższych czynników ani z osobna, ani razem wziętych, nie może wytłumaczyć tego masowego występowania szmerów czynnościowych podczas ubiegłej wojny; trzeba więc było obejrzeć się za jakiemś tłem ogólniejszem.

Uwzględniając wszystkie warunki, można stwierdzić jeden czynnik, który był wspólny dla wszystkich tych osób, a mianowicie mniejsza lub większa suma wysiłków fizycznych i urazów psychicznych.

Dowodem zachodzącego tu związku przyczynowego była ta okoliczność, że olbrzymia większość tego rodzaju chorych pochodziła z linii bojowej, a nie z oddziałów pozafrontowych, a nadto, że chodziło tutaj przeważnie o piechurów, którzy ze wszystkich rodzajów broni musieli najwięcej wycierpieć fizycznie i duchowo.

Wywiady wykazywały, że wszyscy byli już dłuższy czas w polu i że przeważna część brała udział w szturmach; w tym samym duchu przemawiało spostrzeżenie, że szmery te, które słyszałem u żołnierzy w chwili ich przybycia do szpitala, znikały często już na drugi dzień, wskutek tego, że chory odzyskał równowagę fizyczną i duchową. Dalszem potwierdzeniem tych spostrzeżeń był fakt, że przypadki ze szmerami były podczas walk pozycyjnych rzadsze, aniżeli w czasie walk ruchowych, przedewszystkiem zaś odwrotów, gdzie wyczerpanie fizyczne, głód i ciężkie walki dawały się żołnierzowi we znaki i znów w pierwszym rzędzie piechurowi.

Porównując moje spostrzeżenia w tym względzie z frontu galicyjsko-wołyńskiego i albańskiego, muszę stwierdzić, że w Albanii szmery te były stanowczo rzadszem zjawiskiem, mimo, że nie brak było czynników, któreby powinny do nich usposabiać, a mianowicie niedokrwistości zimniczej i silnych upałów, wywołujących przyspieszenie tętna; wojna bowiem w Albanii, która była właściwie walką z zimnicą, a czasem miewała cechy prawie operetkowe, nie wymagała od żołnierza ani w setnej części tylu trudów, co front północny.

Nie wiem, jakie spostrzeżenia poczyniono na ten temat na frontach jeszcze cięższych od północnego, a mianowicie francuskim i włoskim; przypuszczam jednak, że były one podobne do moich.

Sądzę, że także i lekarze na tyłach mieli sposobność stwierdzić silne wzmożenie się częstości tych szmerów z okazyi gromadnych badań popisowych; tutaj bowiem obawa wrażliwych osobników przed wysłaniem na front była silnym urazem psychicznym, dorównującym czasem takimże urazom w pierwszej linii bojowej.

Nie ulega wątpliwości, że to liczne występowanie szmerów czynnościowych miało swe źródło i w tem, że badano naraz i często tak olbrzymi materyał ludzki, jak nigdy w czasach pokoju.

W każdym jednak razie sądzę, że w tej sumie wysiłków fizycznych i duchowych, wywołanych nowoczesnym sposobem prowadzenia wojny, jesteśmy uprawnieni widzieć czynnik, który u osobników podatnych i zwłaszcza już z natury nerwowych wywołuje skłonność do powstawania tych szmerów. Działanie tej skłonności należy sobie przedstawić, jako łatwiejsze i szybsze występowanie wyczerpania nerwowego i fizycznego, które w pierwszym rzędzie odbija się na narządzie krążenia. Oczywiście, że skłonność ta nie wywołuje sama przez się szmerów; ostateczną ich przyczyną będzie któryś z miejscowych czynników, już powyżej omówionych. Sądzę, że ta skłonność jest natury przejściowej, t. zn. trwa dopóty, dopóki dany osobnik znajduje się pod wpływem przytoczonych wyżej warunków; rozstrzygnąć mogłoby jednak dopiero dłuższe spostrzeganie, do którego nie miałem sposobności.

Spostrzeżenia przezemnie zebrane nie są czemś nowem z zakresu szmerów czynnościowych; już przed wojną wiedzieliśmy, że szczególną skłonność do nich okazują przedewszystkiem osoby z pobudliwym układem nerwowym. Spostrzeżenia moje dowiodły tylko, rozciągając się na tak obfity materyał, jeszcze więcej, że przy masowem występowaniu szmerów nie należy szukać przyczyny tylko miejscowej, lecz, że należy uwzględnić jakieś ogólniejsze tło, działające na cały ustrój i wspólnie dla całego ogółu osób, ten objaw okazujących.

Piśmiennictwo.

(1) Lüthje: Med. Klin. 1906, 16, 17. — (2) Becker: D. Arch. f. k. M. 121. — (3) Fleckseder: Med. Klin. 42. 1916. — (4) Leube: D Arch. f. k. M. 1896, 57. — (5) Müller: (Samml. kl. Vort. 500, 501), 1908. — (6) Ehret: M. m. W. 1916. 14 i 1915. 20 i 40. — (7) Feer: Lehrb. d. Kinderh. 1911 str. 342. — (8) Haenisch und Querner: Feldärztl. Beil. d. M. m. W. Nr. 22, 23, 1917. — (9) Rolly u. Kühnel: Med. Kl. 1912. — (10) Sehrwald: D. m. Woch. 1889. Nr. 19—21. — (11) Sahli: Lehrb. d. klin. Untersuchnungsmethoden 1909. — (12) Henschen: D. m. Woch. 1909, Nr. 35. — (13) Neukirch: B. kl. W. 1882, Nr. 24.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 6 listopada 1918.

Przewodniczący kol. prezes Krzyształowicz. Obecnych członków 26.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Szancenbach przedstawia łożysko wraz z błonami płodowemi płodu, zmarłego wśród porodu wskutek ostrej niedokrwistości, wywołanej **pęknięciem przodującego naczynia krwionośnego przy przyczepieniu pępowiny do błon** (insertio velamentosa). Ze wszystkich pęknięć naczyń pępowiny ten rodzaj spotyka się najczęściej. Rozpoznanie jest możliwe częstokroć dopiero po ukończeniu porodu. Rokowanie groźne, przedewszystkiem dla dziecka, zależy od wielkości i rodzaju pękniętego naczynia i okresu porodowego; jest groźniejsze przy pęknięciu żyły, niż przy pęknięciu tętnicy. W przypadku Leopolda płód żył jeszcze w łonie matki przez 15 godzin po rozpoczęciu krwawienia dzięki temu, że głową uciskał 5 pękniętych naczyń. (Streszczenie własne).

III. Kol. Radwańska przedstawia przypadek **naczyniaka** (haemangioma) **goleni** u noworodka, wielkości pięści dziecka.

IV. Kol. Rosner przedstawia, a) chorą A. M. l. 19 liczącą, u której peryod, rozpoczęty w 14. roku życia, ustał przed 2 laty, poczem zaczęły się zjawiać trzeciorzędne cechy płciowe męskie, czy, jak to określa Tandler i Gruss, cechy gatunkowe ludzkie. Długie przedtem włosy na głowie zaczęły wypadać, na ich miejsce zaś wyrosły włosy krótkie, jak u mężczyzny; na wardze górnej zjawił się ślad porostu ciemnego; takiż na policzkach. Na szyi krtań (pomum Adami) wypukliła się i głos stał się podobny do męskiego. Zjawisko to poprzedził bezgłos, trwający przez miesiąc. W rok po ustaniu peryodu zaczęła chora chudnąć głównie w biodrach, pośladkach i udach, przez co kontury ciała stały się podobne do męskich. Sutek stał się małym, podobnie jak jego brodawka, dokoła której zjawiło się owłosienie. Na sromie stwierdza się uderzające zmiany: owłosienie jest męskie, sięga ono na brzuchu do pępka i przekracza pachwiny oraz fałd sromowo-udowy. Okolica odbytu jest owłosiona. Wargi mniejsze są uderzająco małe, natomiast łechtaczka bardzo duża. Ma ona grubość małego palca, długa zaś jest, jak $1^1/_2$ członka palcowego, sterczy przeto wybitnie przy zwartym sromie poprzed wargi. Napletek łechtaczki, utworzony z grubej białej skóry, da się na dużej przestrzeni zesunąć z żołędzi. Macica (badanie przez odbytnicę) bardzo mała, część pochwowa drobna. W jamie brzusznej jest guz jajnikowy, sięgający od spojenia łonowego na 2 palce nad pępek. Guz ten okazuje cechy torbielaka wielokomorowego.

W przypadku tym istnieje niewątpliwie **związek między rozwojem guza jajnikowego, a cofnięciem się trzeciorzędnych cech płciowych kobiecych**, względnie wystąpieniem męskich, jak tego dowodzi piśmiennictwo. Kol. Rosner omawia sprawę rozpoznania względnie nazwy tego stanu (pseudohermaphroditismus, eunuchoidismus) i oświadcza, że w danym przypadku ma zamiar usunąć guz jajnikowy i wszczepić jajnik zdrowy, uzyskany przy operacyi.

b) Preparat **macicy ciężarnej** w 2. miesiącu **z rakiem szyi.** Macicę tę wydobyto przez operacyę sposobem Wertheima u kobiety, dotkniętej **chorobą Basedowa.** Uderzający jest stan jajnika, zawierającego ciałko żółte. Jest on mniej więcej prawidłowej wielkości, zawarte w nim natomiast ciałko żółte jest olbrzymie i zajmuje około $^2/_3$ jajnika.

Ten przerost ciałka żółtego jest bezwątpienia w związku z chorobą Basedowa. Kol. Rosner nie rozstrzyga, na czem ten związek polega, przypuszcza jednak, że przerost ciałka żółtego, narządu wagotonizującego, jest próbą leczniczą przedsięwziętą przez naturę i mającą na celu przeciwdziałanie stanowi daleko posuniętej sympatykotonii, jaka się objawia w chorobie Basedowa. (Streszczenie własne).

V. Kol. doc. Janiszewski przedstawił przebieg **śmiertelności** wskutek epidemii **influenzy** w ostatnich tygodniach. Przytoczone liczby świadczą o zanikaniu tej groźnej zarazy.

VI. Kol. prof. Nitsch wygłosił wykład p. t.: **O tępieniu pasorzytów i szkodników zwierzęcych.** Prelegent omówił przedewszystkiem sposoby tępienia szczurów, myszy, pluskiew i wszy. Co do szczurów, to tępienie ich przez wywołanie epidemii wśród szczurów, a więc przez sposoby bakteryologiczne, zawiodło. Skazani jesteśmy co do szczurów na stosowanie trucizn (najlepiej fosforu). Bakteryologiczne sposoby utrzymały się, o ile chodzi o myszy. Co do wszy i pluskiew, to sposoby ich tępienia muszą być różne, zależnie od różnic w sposobie życia tych szkodników. Wszy trzymają się bowiem człowieka, pluskwy domu; innemi słowy: wszy swoje człowiek nosi ze sobą, pluskwy pozostawia w domu. Stąd tępienie wszy odbywać się musi przez odwszawienie człowieka, pluskiew przez dezynsekcyę domów. Najlepszym sposobem przeciwko wszelkiemu robactwu a więc i przeciw pluskwom okazało się stosowanie kwasu pruskiego w odpowiedni sposób, który prelegent szczegółowo opisuje.

Dyskusya: Kol. doc. Janiszewski stosował przeciw szczurom ze skutkiem cebulicę (scilla maritima) w postaci kotletów mięsnych. Aby szczury wytępić, trzeba jednak tępić je równocześnie na wielkiej przestrzeni, a nie tylko w jednej kamienicy.

Dr Michejda, sekretarz doroczny.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dr Maryan Gieszczykiewicz habilitował się z zakresu bakteryologii.

Warszawa. Sejm uchwalił ustawę o zwalczaniu chorób zakaźnych.

— Poseł Dr Rottermund, przewodniczący sejmowej komisyi zdrowia publicznego, wniósł do Sejmu projekty ustaw o Izbach lekarskich i ordynacyi lekarskiej.

— Wniesiony do Sejmu przez Radę ministrów i przyjęty już poczęści przez komisyę administracyjną projekt ustawy o utworzeniu województw w wysokim stopniu zagraża sprawom zdrowia publicznego, poddaje bowiem urzędy i sprawy sanitarne wyłącznej władzy wojewodów, czyli stawia rzecz nie wyżej od tego nawet poziomu, jaki był niegdyś w Austryi. Z tego powodu wniosły korporacye i towarzystwa lekarskie małopolskie stanowczy protest do Prezydyum Rady ministrów, do Ministeryum zdrowia oraz do Sejmu.

Redakcya otrzymała. Lenartowicz: Badania nad zachowaniem się tłuszczów i lipoidów w narządach płodów i noworodków kiłowych i niekiłowych. Lwów 1919 (Nakł. Autora). Str. 66 i 3 tabele. — Szczęsny Bronowski: Podstawowe sposoby badania klinicznego. Część II, od str. 447 do 910 (Wydawn. »Gazety lekarskiej«). Warszawa 1919. Cena Marek 40·—. — Wł. Szumowski: Dzieje t. zw. medycyny ziemskiej 1864—1914. Warszawa. (Nakł. Ministerstwa zdrowia publ.). Str. 95.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 31. Kraków, 9. sierpnia 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K ·15—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K.

Rok LVIII. Kraków, 9 sierpnia 1919. Nr. 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O szczepieniach ochronnych przeciw durowi brzusznemu.

Podał

Dr Maksymilian Blassberg.

Powodem, dla którego w ostatniej wojnie tak skrupulatnie zwalczano choroby zakaźne w ogóle, a w szczególności dur brzuszny i przeprowadzano szczepienia ochronne, był fakt, że straty armii, wywołane przez dur brzuszny w wojnach dawniejszych, były olbrzymie i przewyższały straty, wynikłe z ran. Tak n. p. w wojnie północno-amerykańskiej (1861—1865) zachorowało w armii amerykańskiej przeszło 75.000 żołnierzy, a zmarło przeszło 25.000 na dur brzuszny. W wojnie francusko-pruskiej (1870—1871) zachorowało po stronie niemieckiej na dur przeszło 73.000 żołnierzy, tj. około 9% całej armii, a z tego zmarło blisko 9.000, tj. 11 do 12%. Jeńców francuskich w niewoli niemieckiej zmarło wówczas około 4.000. W wojnie rosyjsko-tureckiej (1876—1877) zachorowało w armii kaukaskiej i bałkańskiej na dur brzuszny około 200.000 ludzi, a zmarło około 40.000, tj. 25%; z powodu ran zginęło mniej, bo 34.700 ludzi. W walkach Anglii z Burami w Afryce (1899—1900) miała armia angielska około 43.000 chorych na dur brzuszny. W armii niemieckiej w walce afrykańskiej z Hererami wypadało na 1.000 żołnierzy 428 zachorzeń na dur brzuszny, a podczas wojny rosyjsko-japońskiej było w armii rosyjskiej 30.000 przypadków tej choroby. Cyfry te mieszczą w sobie niewątpliwie liczne zachorowania, które ze stanowiska ścisłej dyagnostyki klinicznej nie były wyłącznie durem brzusznym, atoli olbrzymia liczba zachorowań sprawiła, że w ciągle zbrojących się Niemczech Robert Koch (aczkolwiek wobec szczepień ochronnych zajmował stanowisko wyczekujące) zaczął nawoływać do energicznej walki z durem brzusznym, a Francuzi głównie pod wpływem Chantemessa i Vincenta zwrócili baczną uwagę na szczepienia ochronne wojska przeciw tej chorobie.

Szczepienie ochronne przeciwdurowe polega na uodparnianiu czynnem. Uodparnianie bierne bowiem, polegające na wstrzykiwaniu surowicy przeciwdurowej, chroniłoby ustrój przeciw zakażeniu zaledwie tylko na przeciąg trzechtygodniowy. Szczepienie czynno-ochronne oparto na badaniach Chantemessa, Widala, Vincenta i Sanarellego we Francyi, Briegera, Wassermanna, Kitasato, Friedbergera, Moreschiego, Beumera i Peipera w Niemczech, Harissona i Leishmanna w Anglii, oraz Bruschettiniego we Włoszech. Badania te wykazały, że można uchronić zwierzęta przed zakażeniem na pewno zabójczemi dawkami bakteryi durowych, wstrzykując im wprzód mieszankę zabitych bakteryi durowych. Szczepienia te przeniósł w roku 1896 w Anglii Wright, a w Niemczech Pfeiffer i Kolle na ludzi. We Francyi wprowadzono je w roku 1911, a od marca 1914 stały się obowiązującemi w armii francuskiej. Właściwy zabieg polega na wstrzykiwaniu podskórnem szczepionki, będącej zawiesiną hodowli bakteryi durowych, mniej lub więcej wyjałowionych lub też nie wyjałowionych, przyrządzonych rozmaicie, odpowiednio do danej metody. Przytem nie jest rzeczą obojętną, jakiego szczepu bakteryjnego używa się do sporządzania szczepionki. Rozmaite bowiem szczepy różnią się między sobą, zwłaszcza co do jadowitości. Które z nich najbardziej nadają się do stosowania ochronnego, tego całkiem ściśle określić się nie da. Jedni (Wright i Leishmann) uważali za odpowiednie bakterye mało jadowite, gdy inni (Bassenge i Mayer) stosowali tylko szczepy silnie jadowite. Niektórzy autorowie, zwłaszcza niemieccy, polecają używanie bakteryi, mających własność silnego wiązania substancyi bakteryobójczych. Jeżeli mianowicie zmieszamy z surowicą przeciwdurową rozmaite hodowle durowe, to one niejako absorbują w silniejszym lub słabszym stopniu substancye bakteryobójcze surowicy. Ta własność wiązania substancyi bakteryobójczych nie idzie jednak w parze z jadowitością bakteryi. Niektórzy (Vincent, Wassermann) polecają szczepionkę wielowartościową, pochodzącą z rozmaitych hodowli durowych. Ta rozmaitość metod sprawiła, że aczkolwiek zasada główna szczepień ochronnych jest jedna, to jednak szczepionek jest wiele i różne państwa i kraje, a nawet różne władze stosowały odmienne metody szczepienia. Do najbardziej rozpowszechnionych należą metody Wrighta i Leishmana oraz Pfeiffera i Kollego, których zasadnicza różnica polega na użyciu do szczepionki hodowli bakteryjnej z różnych podłoży. Wright i Leishman używają hodowli z bulionu peptonizowanego, poddanej działaniu ciepłoty 53 stopni z dodatkiem lyzolu, a Kolle i Pfeiffer hodowli agarowej, poddanej wyższej ciepłocie z dodatkiem karbolu. Na korzyść hodowli agarowej rozstrzygnął w Niemczech fakt, że hodowle agarowe są czyściejsze, bulionowe natomiast łatwo mogą się zanieczyszczać, a co gorsza, mogą zawierać tężec. Oprócz tego zawiera szczepionka Wrighta pepton, którego wstrzykiwanie jest bolesne i wywołuje u ludzi wrażliwość, co przy powtarzaniu wstrzykiwań nie jest rzeczą obojętną. Oprócz dwóch powyższych sposobów istnieją jeszcze inne metody lub modyfikacye mniej lub więcej rozpowszechnione. I tak: Johann dla usunięcia odczynu, wywołanego przez rozpuszczone toksyny usuwa je zapomocą odwirowania i trzykrotnego przemywania zabitych ciał bakteryjnych. Besredka stosuje szczepionkę czynną i bierną, tj. mieszaninę, złożoną z hodowli bakteryi z surowicą ochronną. Bassenge i Rimpau stosują szczepionkę Pfeiffera i Kollego, ale dawkę zmniejszają do $^1/_3$—$^1/_5$ uszka hodowli. Friedberger i Moreschi stosują znacznie mniejsze dawki ($^1/_{50}$ do $^1/_{4000}$ uszka) bakteryi, zabijają bakterye w ciepłocie 120 stopni, ale natomiast szczepią dożylnie. Levy i Blumenthal używają mieszanek bakteryi w rozczynach cukrowych (w glukozie lub galaktozie) lub też w skoncentrowanych rozczynach mocznika. Shiga i Neisser stosują przesącze wodnych zawiesin ogrzanych bakteryi. Vincent stosuje wielowartościową szczepionkę, uzyskaną z autolizy bakteryi. Szczepionka Wassermanna ma postać rozpuszczalnego proszku i pochodzi z wyciągu ciał mikrobów, poddanych autolizie, przesączonych i wysuszonych. Mac Fadyen i Rowland zamrażają hodowle przy pomocy płynnego powietrza, rozcierają je, kruszą i sączą i stosują przesącz do szczepionek. Bassenge i Mayer stosują przesącze żywych bakteryi. Courmont i Rochaix stosują hodowle wyjałowione w postaci lawatywy z dodatkiem makowca. W Krakowie była w użyciu przeważnie szczepionka Bujwida, wielowartościowa, uczulona zapomocą silnej surowicy przeciwdurowej sposobem Besredki.

Wszystkie szczepienia ochronne wywołują mniej lub więcej silny odczyn, bądźto miejscowy w miejscu wstrzyknięcia, bądź też ogólny. Odczyny te bywają niekiedy dość silne, wszelako nie są niebezpieczne dla życia. Zazwyczaj wstrzykuje się w skórę piersi, brzucha, ramienia lub pleców. Za najodpowiedniejszą okolicę uważano u nas przednią stronę klatki piersiowej, a Francuzi szczepią chętnie w okolicy łopatek. W 3 do 12 godzin po wstrzyknięciu powstaje w miejscu wstrzyknięcia obrzęk i zaczerwienienie ściśle ograniczone, wielkości dłoni, przy dotykaniu bolesne. Niekiedy występuje obrzęk najbliższych gruczołów. Po wstrzykiwaniu w klatkę piersiową spostrzegano prócz obrzęku gruczołów podobojczykowych i pachowych także przejściową sztywność karku i bóle ramienia. Objawy te znikają w ciągu

36—48 godzin. Wyjątkowo spostrzegano znaczniejsze obrzęki, obejmujące np. połowę klatki piersiowej. Taki sam odczyn miejscowy występuje po drugiem i trzeciem wstrzyknięciu, ale zwykł się zaczynać nieco później, a po drugiem wstrzyknięciu bywa nieco większy, niż po pierwszem. Z objawów ogólnych na pierwszem miejscu stoi gorączka, zmienna co do natężenia, obracająca się w granicach między 37·4 a 39 stopni, rzadziej wyższa. Zjawia się ona zazwyczaj w dwie do czterech godzin po wstrzyknięciu, niekiedy później, a wyjątkowo można spostrzegać gorączkę, występującą dopiero w 36 godzin po wstrzyknięciu. Najczęściej następuje jednorazowy podskok ciepłoty, rzadziej utrzymuje się gorączka przez dwa do trzech dni, albo się podnosi na drugi dzień znowu, a nazajutrz opada. Przed wystąpieniem gorączki w pół do 1 godziny po wstrzyknięciu występują często dreszcze, ból głowy i osłabienie ogólne. Wymioty widywałem rzadko, choć niektórzy autorowie podają częstość ich na blisko 20%. Ból głowy, głównie wieczorem, występuje również u blisko 20% szczepionych. Po drugiem wstrzyknięciu ochronnem bywają zazwyczaj objawy ogólne słabsze, wszelako występują zwykle u blisko 10% szczepionych. Natomiast gorączka zwykle się wtedy podnosi, gdy po pierwszem wstrzyknięciu nie było jej wcale lub gdy była tylko słaba. Przy stosowaniu wymienionych innych szczepionek bywa albo odczyn ogólny mniejszy, a miejscowy silny, albo też naodwrót. Rodzaj odczynu zależeć może przy tej samej metodzie od pochodzenia szczepionki, gdyż między szczepionkami, pochodzącemi z rozmaitych pracowni, mogą zachodzić znaczne różnice w jakości odczynu. Na ogół też sposób oddziaływania jest indywidualnie różny i niezależny ani od zawodu, ani od konstytucyi ciała. U alkoholików widywałem silniejsze odczyny, nieraz połączone ze znaczną prostracyą ogólną. Przeciwko objawom odczynowym poszczepiennym poleca Wright wewnętrzne podanie 2 gr. chlorku wapniowego (calcium chloratum crystalisatum) podczas szczepień oraz w 6—12 godzin po szczepieniu, a Louis i Combe podanie jednego grama antypiryny z dwuwęglanem sody, lub 1/2 gr. aspiryny.

Lekarze czasem, jak n. p. w ostatniej wojnie, musieli równocześnie szczepić przeciw różnym chorobom, n. p. ospie, tyfusowi i cholerze, i to w możliwie szybkiem tempie, gdy chodziło o szybkie zaszczepienie armii zagrożonej. W tych przypadkach chodzi w praktyce albo o mieszane lub wielowartościowe szczepionki, albo o takie rozdzielenie różnych szczepień, aby odstępy czasu między niemi nie były zbyt krótkie, aby odczyny po poszczególnych szczepieniach nie sumowały się ze sobą, a przez to nie potęgowały się niepotrzebnie i aby każdy ewentualny odczyn przebrzmiał zupełnie przed nowem wprowadzeniem szczepionki. Salomon i Weber szczepili równocześnie przeciw ospie i durowi. Schmitz stosował równocześnie szczepienie przeciw durowi i cholerze, których szczepionki mieszał i zyskiwał przez to około dwóch tygodni na czasie. Glaser sporządzał skombinowaną szczepionkę choleryczno-durową, stosowaną w 3 wstrzykiwaniach po 1 cm³ w odstępach 5-dniowych. Vidal i Courmont przeprowadzali szczepienie przeciwdurowe, połączone ze szczepieniem ochronnem przeciw paratyfusowi A i B, a Nobel robił doświadczenia ze szczepionką połączonych prątków durowych z bakteryami okrężnicy.

Badanie kliniczne krwi po szczepieniu wykazuje oprócz aglutynacyi tyfusowej, którą później omówię, w ciągu pierwszych trzech do czterech tygodni zmianę, zupełnie podobną do obrazu krwi w durze, dotyczącą zarówno ogólnej liczby, jakoteż wzajemnego stosunku krwinek białych. W durze brzusznym, jak wiadomo, zmienia się obraz cytologiczny krwi w różnych okresach choroby. W okresie pierwszego narastania gorączki bywa mierna leukocytoza neutrofilna, która wkrótce ustępuje miejsca ogólnej leukopenii, a eozynofile zupełnie znikają. Przez cały czas okresu ciągłej gorączki obraz ten się utrzymuje, a w okresie zwolnień i spadku gorączki zwiększa się liczba limfocytów, maleje liczba neutrofilów, a eozynofile znów zaczynają się pojawiać. Limfocytoza i eozynofilia ta utrzymuje się jeszcze przez 2—3 miesięcy po ustaniu gorączki. U szczepionych ochronnie bezpośrednio po pierwszem wstrzyknięciu występuje również nieznaczna leukocytoza neutrofilna, która między 3. a 7. dniem po szczepieniu przechodzi w leukopenię z ubytkiem neutrofilów i eozynofilów. Wkrótce jednak następuje stopniowy powrót do normy, tak, że na trzeci dzień po drugiem wstrzyknięciu bywa już obraz krwi zwykle prawidłowy. Ponieważ siłę fagocytarną, a zatem i do pewnego stopnia stan odporności wobec zakażenia wiążemy z neutrofilami, przeto okres wybitnego ubytku neutrofilów i leukopenii nazwano fazą ujemną i przyjmowano, że w tym okresie jest wrażliwość na zakażenie raczej spotęgowana, a potem następuje okres odporności, to jest »faza dodatnia«, związana z przyrostem neutrofilów. Siła ogólnego odczynu ustroju po szczepieniach ochronnych nie idzie równolegle do zmiany w składzie krwi. Dodatkowo chciałbym tutaj wspomnieć, że niektórzy autorowie (Labor), znajdując bardzo często eozynofilię we krwi żołnierzy, chcieli ją łączyć w związek przyczynowy ze szczepieniem. Spostrzeżenia jednak Thallera i moje (Przegląd lek. 1916), z których wynika, że podczas wojny bardzo często napotykano w przewodzie pokarmowym u żołnierzy glisty, każą wnosić, że właśnie z obecnością glist w ustroju zapewne łączy się eozynofilia.

Celem szczepień ochronnych jest czynne pobudzenie ustroju do wytwarzania substancyi ochronnych i leczniczych przeciw mikrobom chorobotwórczym i ich produktom, które wprowadzamy do ustroju ze szczepionką. Substancye takie, jak to wykazały badania Weigerta, tworzą się przy uodpornieniu zwykle w nadmiarze. Wyobrażamy sobie, że ustrój, nauczywszy się zabijać martwe lub słabo jadowite mikroby, nabiera przez to większej mocy wobec żywych i jadowitych bakteryi. Nasuwa się

pytanie, czy po tych szczepieniach ochronnych pojawia się istotnie swoista odporność przeciw durowi. Wytworzenie się takiej odporności u człowieka nie daje się bezpośrednio wykazać i jest niedopuszczalne, bo polegałoby na doświadczalnem wprowadzeniu do zdrowego ustroju ludzkiego dawki mikrobów na pewno groźnej. Pozostają tedy dowody inne. Jak wiadomo we krwi durowych powstają pewne ciała swoiste, które wytworzyły się pod wpływem choroby. Są to t. zw. niweczniki (anticorps). Otóż obecność tych ciał, a mianowicie: substancyi bakteryobójczych, aglutynin, bakteryolizyn, opsonin, precipityn i t. p., stwierdzono także we krwi po szczepieniach ochronnych. Wykazano niewątpliwie, że w jakiś czas (około 7 dni) po zaszczepieniu własność bakteryobójcza surowicy potęguje się. Jeżeli wstrzykniemy morskiej śwince wagi 200 gr. dziesięciokrotną zabójczą dawkę żywej hodowli durowej, to surowica krwi człowieka nieszczepionego ani nawet w ilości $^1/_3$ cm^3 równocześnie wstrzyknięta nie zdoła ochronić zwierzęcia od śmierci, gdy surowica człowieka ochronnie szczepionego w 11—12 dni po szczepieniu okazuje siłę bakteryobójczą w ilości mniejszej, niż $^1/_{100}$ cm^3.

Jednakże występowania niweczników we krwi szczepionych nie można uważać za bezwzględny wyraz uodpornienia swoistego. Niweczniki bowiem są tylko wyrazem odczynu na zakażenie, a nie wyrazem odporności. Tak n. p. obecność substancyi bakteryobójczych we krwi durowych stwierdza się w przebiegu choroby, a znikają one w okresie zdrowienia i mimo silnej bakteryobójczości krwi u poszczególnych chorych spostrzegano u nich nawroty choroby. Również aglutyniny z reguły pojawiają się w przebiegu zakażenia a znikają podczas zdrowienia, t. j. w chwili gdy odporność dopiero występuje. Że aglutyniny nie świadczą o odporności, tego dowodzą w praktyce zachorzenia na dur mimo ich obecności. Opisano przypadek, dotyczący lekarza wojskowego, u którego w pół roku po szczepieniu ochronnem stwierdzono obecność aglutynin we krwi, a który mimo tego w 14 dni później zachorował na dur. Według niektórych autorów najważniejsza rola przy odporności, uzyskanej przez szczepienie ochronne, przypada opsoninom, które wytwarzają tego rodzaju wpływ na bakterye i toksyny, że one łatwiej ulegają zniszczeniu przez fagocyty. Ale także i mimo dużej ilości opsonin przeciwdurowych we krwi spostrzegano (Böhme) nawroty duru brzusznego. Ciekawem jest również zjawiskiem, że niweczniki mogą się różnie zachowywać, zależnie od szczepionki. Jeżeli n. p. wstrzyknie się szczepionkę, do której dodano karbolu, lecz którą przez dłuższy czas konserwowano, to wówczas po wstrzyknięciu powstaną we krwi zaszczepionego bardzo szybko ciała bakteryobójcze, ale aglutyniny nie powstają. Jest to wskazówką, że skuteczności szczepień nie można oceniać z występowania aglutynin. Wogóle różne ciała ochronne powstają we krwi niezależnie od siebie, mogą być wysokowartościowe surowice w kierunku aglutynacyi, a równocześnie niskowartościowe pod względem opsonin i naodwrót. Właściwa wartość pojawiania się poszczepiennych substancyi ochronnych we krwi polega według Wassermanna nie na tem, jakoby one stale pozostawały we krwi jako ochrona przed durem, lecz na tem, że ustrój, raz nauczywszy się je wytwarzać, później w razie potrzeby szybko na nowo je produkuje.

Główną podstawą, na której oparło się szerokie stosowanie szczepienia ochronnego przeciwdurowego, był przedewszystkiem stwierdzony niewątpliwie fakt nieszkodliwości szczepień tych dla ustroju, a następnie zestawienia statystyczne zachorowań na dur brzuszny i przypadków śmierci u osób ochronnie szczepionych w porównaniu z cyframi u nieszczepionych. Albowiem w przeciągu 20—25 lat od pierwszych doświadczeń w tej dziedzinie gromadzono setki tysięcy spostrzeżeń które w czasie ostatniej wojny znacznie się pomnożyły. Wyniki spostrzeżeń w przeważnej większości były już dawniej korzystne, a w całej armii Stanów Zjednoczonych już we wrześniu roku 1911 wprowadzono obowiązkowe szczepienie ochronne przeciwdurowe. Amerykański lekarz sztabowy donosi, że w roku 1898 we Floridzie było 1789 schorzeń na dur brzuszny, gdy w roku 1901 w Texas przy tem samem niebezpieczeństwie duru na 12.801 szczepionych zdarzył się tylko jeden przypadek zachorowania. We Francyi podczas epidemii wojskowej w Avignon i w Maroku w r. 1912 na 1.366 szczepionych nikt nie zachorował, a między 687 nieszczepionymi liczba zachorowań wynosiła przeszło 10%. W Indyach liczba schorzeń w armii angielskiej od czasu wprowadzenia szczepienia spadła z 1·6% na 0·2%, t. j. zmniejszyła się 8-krotnie. Wszystkie zestawienia statystyczne, zarówno dawniejsze jak i z ostatniej wojny wykazują, odpowiednio do warunków sanitarnych, to mniejsze to większe nasilenie liczby zachorowań na dur i przypadków śmiertelnych. Ale wszystkie są ze sobą zgodne w tym jednym najważniejszym szczególe, że procentowa liczba zachorowań i wypadków śmiertelnych po szczepieniach zmalała. Zestawiwszy bardzo liczne dostępne mi większe statystyki z czasów przed wojną ostatnią, oraz z ostatniej wojny, doszedłem do przybliżonego obliczenia, że liczba procentowa zachorowań na dur jest u szczepionych średnio trzy razy, a przypadków śmiertelnych średnio 6 razy mniejsza, niż u nieszczepionych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Izba lekarska zwraca uwagę lekarzy, że w przypadkach uszkodzeń cielesnych ma świadectwo lekarskie stwierdzić tylko samo uszkodzenie, natomiast nie powinno mieć cech skargi sądowej; zdarza się bowiem, że lekarze występują w świadectwach jakoby w roli oskarżycieli lub obrońców, co nie jest przecież ich zadaniem.

Warszawa. Sejm uchwalił ustawę o utworzeniu województw w tem brzmieniu, jak opiewał rządowy projekt ustawy, niwecząc temsamem część dokonanej dotąd organizacyi służby sanitarnej, gdyż projekt ustawy poddaje wojewódzkie urzędy sanitarne całkowicie pod władzę wojewodów.

Redakcya otrzymała. Popielski: Organoterapia w świetle faktów (Nowe Czasop. aptek 1919).

Zmarli: Dr Antoni Biesiadzki, starszy lekarz powiatowy i były dyrektor zakładu zdrojowego krynickiego w 55 r. ż. w Rzeszowie, Dr Gustaw Markwart w Dobrzyniu w 53 r. ż., Dr Stanisław Wilczyński w Sasowie w 31 r. ż., Dr Edward Oziembło w Żarkach w 37 r. ż., Dr Stefan Budziński z Zychlina w 52 r. ż., Dr Czesław Barszczewski w 56 r. ż. w Warszawie.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lipcu 1919:

Gazeta lekarska: Browicz: Powstawanie wrzodu żołądka (27). — Venulet: Nowe metody uproszczonej serodyagnostyki syfilisu (27—28). — Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w zdrowej skórze człowieka, wywołanych przez działanie na nią olejku terpentynowego (28). — Karbowski: Neuropathia acustica (29—31). — Grzywo-Dąbrowski: Z kazuistyki sądowo-lekarskiej (29). — Datyner: O ranach postrzałowych pęcherza moczowego i organów moczowopłciowych (30). — Grossek: O leczeniu oparzeń (31).

Przegląd chorób skórnych i wenerycznych (bezterminowo) Rok IX—XIII. Nr 4. Walter: O pochodzeniu ograniczonego chłoniaka skóry.

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr St. Ciechanowski.**

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i S., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·—, półrocznie 30·—, kwartalnie K ·15—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K.

Rok LVIII. Kraków, 16 sierpnia 1919. Nr. 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O szczepieniach ochronnych przeciw durowi brzusznemu.

Podał

Dr Maksymilian Blassberg.

(Dokończenie).

Jeżeli szczepiony zachoruje później mimo to na dur brzuszny, to przebieg kliniczny choroby zazwyczaj bywa odmienny od zwyczajnie spostrzeganego typu. Prawie w połowie przypadków daje się zauważyć zaczęcie się choroby przez wstępne silniejsze dreszcze. Tłomaczy się to w ten sposób, że podczas gdy u nieszczepionych niszczenie bakteryi, które wtargnęły do krwi, odbywa się zwolna i stopniowo z powodu małej ilości ciał ochronnych, to tutaj w początku choroby jest już tyle ciał ochronnych, że już od razu zaczyna się bakteryoliza i ciała ochronne przeszkadzają rozwojowi choroby. Dopiero przy pewnej znaczniejszej sile jadowitości lub wzmożonej ilości bakteryi udaje im się wywołać chorobę, a wyrazem ochronnej walki są dreszcze i silne natężenie wstępnych objawów. Gorączka według zgodnych wielostronnych spostrzeżeń bywa u szczepionych zazwyczaj niższa i łagodniejsza, często o przebiegu nieregularnym. Okresy narastania i ustępowania gorączki wybitnie się skracają, ciepłota narasta szybko, a spadek przypomina nieco charakter przełomowy, przez co upodabnia się do duru plamistego. Okres trwałej i ciągłej gorączki na szczycie choroby bywa krótszy, a często niema go zupełnie, a bezpośrednio po dojściu gorączki do szczytu zaczyna się opadanie. Ciepłota 40° i wyższa bywa znacznie rzadszą, niż u nieszczepionych. Natomiast jest nieco większa skłonność do nawrotów, aczkolwiek łagodnych i krótkotrwałych, które również cechuje skrócenie okresu szczytowego gorączki. Nawroty najczęściej spotykano u tych szczepionych, u których schorzenie wystąpiło w krótkim stosunkowo czasie po szczepieniu. U szczepionych występuje w miejscu dawnego szczepienia zaczerwienienie i bolesność uciskowa, które pochodzą stąd, że resztki antygenu, pozostałe po szczepieniu, oddziałują z niwecznikami, wytworzonymi przez zakażenie. Co do obrzęku śledziony w przebiegu duru brzusznego u szczepionych uderza fakt, że występuje on częściej i znacznie wybitniej, niż u nieszczepionych. Ponieważ utrzymywanie się powiększenia śledziony, zwłaszcza po wielokrotnych szczepieniach, było bardzo często spostrzegane, musimy zachować ostrożność przy stwierdzaniu obrzęku śledziony, jeśli szczepiony zapadnie później na jakąkolwiek chorobę gorączkową, aby zbyt pochopnie nie rozpoznać duru brzusznego. Niektórzy widywali u 63·1% szczepionych w pierwszych dniach po szczepieniu obrzęki śledziony (Miloslavich). U blisko 6% osobników szczepionych znajdujemy jeszcze po dwóch miesiącach obrzęki śledziony, jednak dłużej aniżeli 3 miesiące obrzęki takie zwykle się nie utrzymują, tak iż w praktyce po 3 miesiącach zjawisko to mniej wchodzi w rachubę. Atoli osoby szczepione wogóle dość często oddziałują stwierdzalnem powiększeniem śledziony na nieznaczne bodźce np. przy grypie, przy zapaleniach migdałków, oraz przelotnych stanach gorączkowych, o czem dyagnostycznie pamiętać się musi dla uniknięcia omyłek. Charakterystyczne objawy mózgowe, bóle głowy, śpiączka, odurzenie i majaczenie, a także i objawy jelitowe bywają u szczepionych łagodniejsze i krótkotrwałe lub niema ich zupełnie. Krwotoki jelitowe i zakrzepy żylne zdarzają się rzadziej, niż u nieszczepionych. Różyczkę spostrzega się tylko u blisko 20%, odczyn dwuazowy u 15—20% szczepionych przy późniejszem zachorowaniu. Inne objawy jak: leukopenia i wzajemny stosunek krwinek białych, charakterystyczne obłożenie języka, nieżyt oskrzeli i stolce bywają u szczepionych takie same, jak u nieszczepionych. Również i tętno zachowuje się tak samo i bywa zwykle w stosunku do ciepłoty względnie zwolnione. Według badań anatomo-patologicznych Kretza z porównania sekcyi zwłok zmarłych na dur u szczepionych i nieszczepionych wynika, że okres choroby, w którym nastąpiła śmierć u szczepionych, jest wybitnie przesunięty ku końcowi, że śmierć zatem następuje w końcowych okresach duru. Również i badania Wiesnera stwierdzają, że czas trwania choroby i obraz anatomiczny jelit jest odmienny u szczepionych i u nieszczepionych, że wydzielanie bakteryi jest szybsze i że nie dochodzi tak łatwo do tworzenia się martwicy i wrzodów. Podobne zjawisko spostrzega się także w błonicy, leczonej surowicą, i ono dowodzi według Kretza pożyteczności szczepienia i złagodzenia swoistego zakażenia. Na ogół zgodne są wszystkie spostrzeżenia w tem, że szczepienie obniża liczbę zachorowań i przypadków śmiertelnych, skraca i łagodzi przebieg choroby, obniża ciepłotę, zmniejsza częstość powikłań, a zwiększa częstość przebiegów poronnych. Procent przypadków ciężkich powikłanych i śmiertelnych najwyższy jest u nieszczepionych, niższy u niedostatecznie szczepionych (np. tylko jeden raz) i obniża się stale procentowo w miarę, im dokładniej szczepienie było przeprowadzone. W miarę oddalania się od czasu szczepienia daje się stwierdzić stopniowe podnoszenie się liczby ciężkich i śmiertelnych zachorzeń, a po upływie roku różnica między szczepionymi a nieszczepionymi zaczyna się zacierać. Przy uwzględnieniu wywiadów w szpitalach epidemicznych, wykazuje się, że w ogólnej liczbie chorych szpitalnych najmniejszy jest odsetek tych durowych, którzy przebyli najwięcej szczepień ochronnych. Natomiast szczepienie takie nie zdaje się wywierać wpływu na to, czy ktoś, zachorowawszy później na dur, stanie się roznosicielem bakteryi, czy też nie. Te spostrzeżenia u ludzi zgadzają się z wynikami badań na zwierzętach. Można bowiem wprowadzić zwierzętom, a zwłaszcza królikom zarazki durowe do pęcherzyka żółciowego, a wówczas zwierzę staje się gospodarzem i stale je wydziela. To stałe wydzielanie utrzymuje się także i u takich zwierząt, które poprzednio poddano ochronnemu szczepieniu przeciwdurowemu (Emmerich i Wagner).

Przy dyagnostycznych usiłowaniach uzyskania hodowli z krwi chorych na dur brzuszny stosunkowo często nie udaje się, zdaniem niektórych autorów (Hohlweg), wyhodować bakteryi ze krwi osobników dawniej szczepionych. Gdy zwykle bywa w pierwszym tygodniu choroby u przeszło 90% chorych hodowla ze krwi dodatnia, to u szczepionych udawało się to w 30%, najwyżej do 50% przypadków. Tłómaczą to (Hohlweg) korzystnym wpływem szczepienia, sprawiającym, że we krwi krążą zwiększone ilości ciał ochronnych, a zwłaszcza bakteryolizyn i bakteryotropin. One nie mogą wprawdzie zapobiedz osiedleniu się prątków durowych w jelicie, przeszkadzają jednak zalewowi krwi przez bakterye i powstaniu bakteryemii i posocznicy durowej przez niszczenie endotoksyn bakteryjnych. Moje spostrzeżenia w szpitalach epidemicznych nie potwierdzają tego twierdzenia, gdyż prowadząc stacye obserwacyjne mogłem w bardzo znacznie przeważającej liczbie przypadków oprzeć rozpoznanie duru na dodatnim wyniku hodowli ze krwi pomimo, że w rozmaitych szpitalach spoczywały badania bakteryologiczne w rękach różnych lekarzy. Niekiedy przy ujemnych pierwszych wynikach badania bakteryologicznego z różyczki lub ze krwi udawało się jednak uzyskiwać dodatnią hodowlę przy dalszych badaniach oraz równoczesnem użyciu materyału z większej liczby różyczek lub przy użyciu większej ilości krwi do hodowli. Nadto trzeba zwrócić uwagę

na to, że chorzy przeważnie docierają do szpitali i stacyi bakteryologicznych już pod koniec pierwszego tygodnia, kiedy zatem i w zwykłych warunkach uzyskanie dodatnich hodowli staje się trudniejszem.

Co do odczynu Widala, to pojawianie się i długie utrzymywanie się aglutynin swoistych po szczepieniach wytrąciło z rąk lekarza bądź co bądź dobry środek rozpoznawczy, za jakie uchodził ten odczyn przy durze. Badania bowiem wykazały, że jeszcze w dwa lata po szczepieniu ochronnem może odczyn ten wypadać sam przez się dodatnio. Zazwyczaj jeszcze w dobę po pierwszem wstrzyknięciu szczepiennem brak aglutynacyi, a już w pięć do sześciu dni później można ją stwierdzić po drugiem lub trzeciem wstrzyknięciu bywa zwykle dodatnią. Stopień jej bywa rozmaity, co skłonny jestem po części przypisywać odmiennym metodom i środkom badania poszczególnych zakładów bakteryologicznych. Według Paltaufa nie należy wysoki stopień aglutynacyi ponad 200 do częstych zjawisk poszczepiennych. Ja widywałem po szczepieniach aglutynacyę, wahającą się między 1:40 a 1:360, a u blisko 10% szczepionych obserwowałem zupełny brak aglutynacyi poszczepiennej. Niektórzy jednak autorowie opisują wysokie stopnie odczynu, przekraczające nawet 1:2560. Luksch i Hever podają, że aglutynacya wysokiego stopnia utrzymuje się przez 6 miesięcy, w 7. miesiącu następuje wybitny spadek, a w 8. i 9. miesiącu następuje dalsze spadanie stopnia aglutynacyi, przyczem miano jej może podlegać różnym wahaniom indywidualnym. O aglutynacyi swoistej u szczepionych ogłoszono bardzo liczne prace, nietylko dlatego, że w tem zjawisku chciano się dopatrywać dowodu dla wywołanej sztucznie odporności, lecz także dla oceny rozpoznawczej wartości próby Widala u szczepionych, którzy później zachorowali na dur brzuszny. Gdy jedni sceptycznie zapatrują się na wartość rozpoznawczą tego odczynu u szczepionych, to drudzy starali się ustalić dolną granicę miana aglutynacyjnego, którąby należało przyjąć za rozpoznawczo dodatni wynik tej próby. Do niedawna uważało się za zasadę, że rozpoznawcze znaczenie przypisywać można przy późniejszem zachorowaniu tylko stałemu potęgowaniu się miana aglutynacyi do wysokiego natężenia 1:500—1:1000, i to tylko wtedy, jeżeli co najmniej 8 do 10 tygodni upłynęło od szczepienia. Jednorazowemu zaś stwierdzeniu wysokiego stopnia aglutynacyi przypisywano znaczenie rozpoznawcze dopiero po upływie 10 miesięcy od szczepienia ochronnego. Natomiast przyjmowano jej znaczenie rozpoznawcze w całej pełni, jeśli na początku choroby była ujemną, a potem w dalszym przebiegu choroby wypadła dodatnio. Jednakże nowsze badania wogóle jeszcze bardziej obniżyły rozpoznawczą wartość próby Widala. Stwierdzono bowiem wielokrotnie, że u osób z aglutynacyą poszczepienną miano jej może się pod wpływem nieswoistych bodźców chorobowych oraz pod wpływem gorączki nie durowej podnosić, a nawet, że odczyn ten występował na nowo u takich chorych, którzy byli już tak dawno szczepieni, że odczynu w chwili zachorowania na nową chorobę gorączkową zupełnie nie było. U królików szczepionych ochronnie przeciw durowi brzusznemu udawało się w okresie zanikania odczynu Widala wywoływać ponowne jego wzrastanie wstrzykiwaniami zawiesiny bakteryi kałowych, czerwonkowych, błoniczych i krowianki. U ludzi szczepionych zauważono narastanie miana aglutynacyjnego durowego w przebiegu gruźlicy prosówkowej, zimnicy, zapalenia płuc, choroby Weila, róży, czerwonki, ropnia migdałka, gorączki wołyńskiej i gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Wspomina o tem Kaczyński w swojej pracy o odczynie Widala i Weil-Felixa (Przegląd lek. 1918). Zwłaszcza przy rozpoznaniu różniczkowem duru brzusznego od plamistego straciła próba ta na znaczeniu, odkąd stwierdzono, że u szczepionych przeciw durowi brzusznemu, w razie późniejszego zachorowania na dur plamisty blisko u 53% występuje dość wybitny wzrost stopnia aglutynacyi prątków Ebertha, a w 33% przypadków występuje odczyn ten na nowo u chorych dawniej szczepionych, u których w chwili zachorowania na dur plamisty odczynu Widala już nie było.

Powyżej przedstawiłem istotę szczepienia ochronnego, jego dodatnie strony oraz wpływ na przebieg ewentualnego późniejszego zachorzenia. Dotychczas nigdzie szkodliwość szczepienia w większej mierze się nie pojawiła. Takie np. zjawisko, że gdzieś szczepienie odbywa się w miejscu niedostatecznie odkażonem np. po róży, albo że drapanie brudnymi palcami może wywołać liczniejsze przypadki róży, ropowicy lub czyraków, nie przemawia oczywiście zasadniczo przeciw szczepieniu. W całej armii niemieckiej na miliony szczepień w obecnej wojnie był tylko jeden przypadek śmiertelny, i to dotyczący chorego, dotkniętego zwyrodnieniem mięśnia sercowego. W przypadku Frączkiewicza utworzył się po ochronnem szczepieniu ropień, z którego wyhodowano prątki durowe. Ale przypadek ten dotyczył roznosiciela bakteryi durowych, a ropień przebiegał z objawami czysto miejscowymi. Należy jednak choć pokrótce wspomnieć o ujemnych stronach tych szczepień, o zarzutach im czynionych i o przeciwnikach tego zabiegu. Przy szczepieniach przeciwdurowych uderza niewątpliwie zjawisko, że odczyny i dolegliwości po tych wstrzykiwaniach bywają »caeteris paribus« silniejsze od odczynów przeciwcholerycznych. Mogą one według odosobnionych spostrzeżeń stopniować się aż do siły odczynu nadwrażliwości. Nadto spostrzegano odczyny przedłużające się z długotrwałą gorączką i obrzękiem śledziony, które niektórzy uważają za łagodny dur (»en miniature«). Odczyny po powtarzanych szczepieniach bywają nieraz silniejsze, niż po pierwszych. Ullmann sądzi nawet, że przez szczepienie można wywołać większą wrażliwość i możność zachorzenia. W pewnej, względnie niewielkiej liczbie przypadków zauważono bezpośrednio po szczepieniu rozwinięcie się niewątpliwego duru z dodatnią hodowlą bakteryi ze krwi u osób, które poprzednio nie miały żadnych objawów. Nasuwa się myśl, że te osoby pozostawały podczas szczepienia w okresie wylęgania się choroby i że już wcześniej nastąpiło zakażenie, a okres wylęgania właśnie się był ukończył. Można także przypuszczać, że utajona choroba została pod wpływem szczepienia wydobyta na jaw, przez skrócenie okresu wylęgania. Przebieg choroby w takich zachorzeniach bezpośrednio po szczepieniu bywa przeważnie lekki, a śmiertelność znacznie mniejsza, niż u nieszczepionych. Do rzadszych objawów ubocznych należą nieżyty oskrzeli, duszność, kolka jelitowa, biegunki, przemijające bóle lub obrzęki stawów, utrata wagi ciała, bezsenność, trwająca przez jakiś czas, a dalej opryszczki na wargach i języku, wysypki guzkowe w okolicy kolan, różyczka, rumień podobny do płoniczego i rumień guzowaty (erythema nodosum). Do ujemnych objawów należy też zjawisko, spostrzeżone przez niektórych autorów, że inne choroby, przedtem istniejące, jak dolegliwości sercowe, bicie serca, nerwobole pourazowe, stany nieżytowe oraz rany na skórze mogą pod wpływem szczepienia uledz przejściowemu pogorszeniu. Spostrzegano po szczepieniach żółtaczkę (Bleier), oraz nawroty gośćca stawowego. Gruźlica i choroby opłucnej usposabiają do silnych odczynów wogóle, a ogniskowych w szczególności (Sorgo) i stanowią przeciwwskazanie do szczepienia. Toenniessen widział w dwóch przypadkach zakrzep w żyłach i tłomaczy to szkodliwem zadziałaniem endotoksyn, zawartych w martwych bakteryach, na żyły. Przypadki takie należą jednak do wyjątkowych rzadkości. U osób, które kiedyś przechodziły zimnicę, może szczepienie przeciwdurowe wywołać na nowo napady zimnicy z obecnością plazmodyów we krwi (Schlesinger, Dziembowski, Vincent). Pierwszy taki napad zimnicy spostrzegano już w kilkanaście godzin po szczepieniu. Francuzi radzą w tych przypadkach działać zapobiegawczo przez podawanie chininy. Za zjawisko ujemne, które wiąże się ze samem szczepieniem, jako takiem, uchodziła wspomniana powyżej t. zw. »faza ujemna«, która miała poprzedzać pojawienie się odporności i trwać około tygodnia, a w tym okresie szczepiony uchodził za bardziej podatnego na zakażenie durowe, aniżeli osoby zdrowe. Ale obawy przed fazą ujemną okazały się z czasem przesadne, gdyż liczba zachorzeń występujących w przebiegu szczepienia lub tuż po niem jest minimalna. Na blisko 100 osób w zakaźnym oddziale X. szpitala twierdzy w Krakowie nie stwierdziłem po szczepieniu ochronnem w okresie ujemnym żadnego zachorzenia mimo ciągłej styczności szczepionych z chorymi podczas fazy ujemnej, której nie dało się uniknąć. Także sam twórca pojęcia fazy ujemnej, Wright, odstąpił od swoich pierwotnych twierdzeń w tym kierunku.

Należy też poświęcić kilka słów białkomoczowi i zapaleniu nerek po szczepieniach przeciwdurowych. Były one, jak się zdaje, niewątpliwie stwierdzane. Spostrzegano zapalenia nerek krwawe i mocznicę. Niektórzy lekarze nawet skłonni byli dopatrywać się w szczepieniach ochronnych źródła częstego zapalenia nerek podczas ostatniej wojny. Atoli trzeba tu uwzględnić fakt, że warunki życia żołnierzy podczas wojny w wysokim stopniu same przez się usposabiają ustroje o słabych nerkach do zapadania na zapalenie nerek. Niektórzy ze szczepionych mają niewątpliwie przed szczepieniem białkomocz, który z powodu masowego przeprowadzania szczepień musi ujść uwagi. Jeżeli się zważy, jaka względnie znikająco mała liczba zapadła na zapalenie nerek w porównaniu z milionami szczepionych, to musimy dojść do przekonania, że nie ma tu stałego związku przyczynowego. Do tego wniosku doszli też Hünermann na podstawie urzędowej statystyki niemieckiej, a we Francyi Widal i Mery. Również stwierdzoną jest rzeczą (His), że ilość zapaleń nerek odpowiadała warunkom terenu i rodzajowi zajęcia wojennego, że mimo szczepienia takiego

samego było uderzająco więcej zachorzeń nerkowych na wschodnim terenie wojennym, niż na zachodnim, oraz znacznie więcej u wojsk na froncie, niż w etapach i w głębi kraju, o wiele częściej u piechoty, niż u artyleryi. Możnaby co najwyżej, jak to niektórzy autorowie radzą (Reitter), wyłączyć dotkniętych białkomoczem od ochronnego szczepienia przeciwdurowego. Atoli inni, jak np. Serkowski, sądzą, że obawa pogorszenia chorób nerek jest mało uzasadniona i że właśnie w chorobach nerek z bakteryomoczem i innych chorobach, powikłanych przez zapalenie nerek, stosuje się szczepionki z dobrym skutkiem.

Rozpatrując krytycznie ujemne strony szczepienia, musimy jako bardzo ważny uwzględnić możliwy zarzut, że ubywania łagodności duru nie należy odnosić do szczepień ochronnych, lecz albo do przypadkowego wygasania epidemii, albo do łagodnej natury t. zw. »genius epidemicus« duru. Wchodzą tu także w grę liczne czynniki, wywołujące lub ułatwiające zakażenie, które odpowiednio do miejsca, czasu i warunków współdziałają. Armia wykonuje marsze, narażona jest na trudy i wysiłki, lub stoi w pewnej okolicy mniej lub więcej zakażonej, wojska podlegają ciągłej wymianie, a sposób odżywiania się oraz osobista kultura i warunki higieniczne żołnierzy są różne. Pomimo to bezpośrednio korzystny wpływ szczepienia ochronnego okazał się bardzo widocznym. I tak Lehndorf w szpitalach epidemicznych w Serbii i na północnym terenie walk stwierdził u żołnierzy szczepionych śmiertelność z duru brzusznego 4·3%, a u cywilnych osób nieszczepionych 24·1%. Przekonywujące krzywe i zestawienia cyfrowe w tym względzie zawiera praca Bujwida (Gazeta lekarska 1916); dowodzą one, że z początku wojny, gdy przeciw durowi w armii austryackiej nie szczepiono, można było zauważyć wzrost zachorowań w armii na dur brzuszny, a zachorowania gwałtownie zaczęły się zmniejszać wszędzie, gdziekolwiek przeprowadzono szczepienia. Wpływ szczepień, jak z tych zestawień wynika, był na stan zachorowań w wojsku w Krakowie szczególniej wyraźny, a spadek po zastosowaniu szczepień wybitny. Przybycie nieszczepionego rekruta ze zakażonej po najeździe rosyjskim Galicyi środkowej i wschodniej ujawniło się zaraz nieznacznym wzrostem liczby zachorowań w wojsku. Równocześnie ludność cywilna nie szczepiła się zupełnie przeciw durowi, a liczba zachorowań u ludności cywilnej nie tylko nie okazuje spadku, jak u wojska, lecz nawet wzniesienie. Także spostrzeżenia szpitalne potwierdzały to zjawisko. I tak pewien wysunięty szpital epidemiczny armii na Wołyniu miał we wrześniu 1915 dzienny przyrost, wynoszący od 40 do 60 chorych durowych, a przyrost ten bezpośrednio po szczepieniu armii spadł poniżej $^1/_6$ części powyższej cyfry. Z urzędowego zestawienia Hünermanna, dotyczącego całej olbrzymiej armii niemieckiej na wszystkich jej frontach w ostatniej wojnie, od początku wojny do końca roku 1915, widoczny jest ścisły związek między przeprowadzonem szczepieniem a opadaniem liczby zachorowań na dur. W pewnem większem mieście, obsadzonem przez Niemców, wybuchła epidemia duru wskutek zakażenia wody wodociągowej. Gdy wśród mieszkańców cywilnych miasta było przeszło 1000 zachorowań ze śmiertelnością 17%, to ze szczepionego wojska załogi zachorowało tylko bardzo niewielu, a nikt nie umarł. Za korzystnym wpływem szczepienia ochronnego przemawia też i ta okoliczność, że gdy w lecie roku 1915 liczba zachorowań na czerwonkę stosunkowo się wzmogła, to równocześnie dzięki szczepieniom liczba durowych się nie pomnożyła. Liczba autorów, którzy bądź z powodu teoretycznych wątpliwości, bądź z powodu wyników praktycznych nie byli zwolennikami szczepienia, nie jest wielka, a podczas ostatniej wojny zmalała. Należą tu Elliot, Washburn i Melville, a z niemieckich autorów Ullmann i Danelius. Niektórzy (Galambos) ograniczają swój zarzut tylko do tego, że szczepienia nie wywierają wpływu na zmniejszenie się śmiertelności, przyznając im wszelako dodatni wpływ na zmniejszenie się ogólnej liczby zachorowań i na wygasanie epidemii durowych. Miecznikow i jego uczeń Szukiewicz również zwalczali szczepionki, twierdząc, że podskórne szczepienie mogłoby chronić przed zakażeniem drogą podskórną, ale nie od intoksykacyi jelitowej przy przenikaniu zarazków drogą pokarmową. Na to zauważa Serkowski, że w takim razie należałoby odrzucić też szereg innych wypróbowanych szczepionek, o których korzyściach nikt nie wątpi, a które szczepi się podskórnie, choć zarazki dostają się do ustroju innemi drogami.

Aby ocenić istotną wartość szczepienia ochronnego i sprowadzić ją do właściwej miary, musimy sobie, według Wassermanna, zdawać sprawę z tego, że samoistne zakażenie durem brzusznym powstaje wówczas, gdy prątki durowe dostaną się do ustroju drogą przewodu pokarmowego przez wrota w nabłonkach jelitowych. Wtargnąwszy do powierzchownych warstw nabłonkowych w jelitach, wnikają zarazki coraz głębiej, poczem drogą przerzutową krwi i limfy tworzą liczne ogniska w ustroju. Różnica między naturalnym durem a szczepieniem ochronnem jest ta, że sprawa zakaźna przy naturalnem zakażeniu odbywa się głównie w nabłonkach jelitowych, a sprawa szczepienia ochronnego toczy się w narządzie krążenia. Nadto przy naturalnym durze wszędzie, gdzie się znajdują bakterye, a zatem w szpiku kostnym, w gruczołach limfatycznych i śledzionie, powstają na drodze odczynu biologicznego nowe swoiste substancye bakteryobójcze. Zapomocą szczepień ochronnych osiąga się więc tylko część z tego, co powstaje po przebyciu przez ustrój duru brzusznego, a mianowicie tylko produkcyę ciał ochronnych w surowicy. Natomiast przy przebyciu naturalnego duru powstaje oprócz tego tkankowa przemiana nabłonków jelitowych, zamykająca wrota dla prątków durowych. U osobnika, który przebył dur brzuszny, pozostaje ta przemiana zazwyczaj przez całe życie i chroni ustrój przed nowem zachorzeniem, natomiast występowanie poszczepienne w surowicy ciał ochronnych jest tylko zjawiskiem przejściowem, które utrzymuje się tylko przez szereg miesięcy, a wpływem ochronnym może zadziałać tylko na te narządy, tkanki i komórki ustroju, do których substancye ochronne, zawarte we krwi, mają drogą krążenia łatwy dostęp. Dostęp do nabłonków jelitowych, stanowiących wrota dla duru brzusznego, nie jest bardzo ułatwiony z powodu braku naczyń. Wskutek tego sztuczne szczepienie przeciw durowi brzusznemu nie dostarcza ustrojowi ani w części tej odporności, co naturalne przebycie choroby. Oczywistą jest wtedy rzeczą, że po szczepieniach durowych nie możemy spodziewać się bezwarunkowej ochrony przed durem, skoro szczepieni wprowadzają potem obficie prątki durowe do swego przewodu pokarmowego. W pewnym amerykańskim zakładzie dla obłąkanych wybuchła (Trowbridge) epidemia duru i stwierdzono u 8 chorych stałe pojawianie się prątków durowych w stolcu. Po odosobnieniu i przeprowadzeniu szczepienia ochronnego w 3 miesiące później pojawiły się pomimo tego na nowo przypadki duru, które u szczepionych przebiegały łagodnie i z małą śmiertelnością. Ścisłe poszukiwania wykryły, że źródłem zarazy była obecność bakteryi w podawanem mleku, a mleczarz i mleczarka okazali się roznosicielami bakteryi.

Streszczając dotychczasowe dane, dochodzi się do wniosku, że szczepienie ochronne przeciwdurowe nie jest bezwzględnym środkiem przeciw zakażeniu i ma pewne strony ujemne, jednak wywiera niewątpliwie korzystny wpływ na sposób szerzenia się duru, jako zarazy masowej. Nie mógłbym się żadną miarą zgodzić na zapatrywanie lekarzy francuskich Louisa i Combego, że szczepienie to jest tak samo skuteczne, jak Jennerowskie przeciw ospie, albowiem daje ono tylko względną odporność, trwającą pół roku do roku, a co najwyżej 2—3 lat. Różnorodne statystyki, które dały podstawę do wprowadzenia w życie tych szczepień przeciwdurowych, działają przekonująco, gdyż: 1) porównują szczepionych i nieszczepionych, przebywających w tych samych warunkach; 2) dają zgodne a korzystne wyniki, wyrażone w procentach, odnoszące się do różnych armii w rozmaitych krajach, zarówno w Anglii, jak we Francyi, w Ameryce, Afryce, w Japonii, Egipcie i w Indyach, a podczas ostatniej wojny na wszystkich jej terenach; 3) autorowie różnych narodowości i szkół, stosujący różne odmiany tej samej metody, podają jednak mniej lub więcej zgodne a korzystne wyniki. Należy przypuszczać, że w przyszłości dojdzie zapewne do ujednostajnienia i wyszukania najlepszej metody, która znajdzie powszechne przyjęcie.

Przez szczepienie skłonność do zapadania na dur okazała się podczas ostatniej wojny światowej o tyle zmniejszoną, że nie obniżyła bitności wojsk. Jednak z powodu stosunkowo krótkiego czasu trwania ochrony masowe stosowanie szczepienia w warunkach pokojowych byłoby nieracyonalne, a wskazane jest tylko stosowanie go podczas epidemii, oraz u osób przebywających w okolicach, w których panuje nagminnie dur, albo pozostających w zetknięciu z roznosicielami bakteryi lub chorymi na dur. Zwłaszcza u tych, których zajęcie lub zawód zmusza do stykania się z durem, a zatem u lekarzy, bakteryologów, medyków, oraz u pielęgniarzy, funkcyonaryuszów sanitarnych i szpitalnych. Podnieść należy dodatkowo, że powinno się szczepić tylko osoby zdrowe, zupełnie wolne od gorączki i ostrych stanów chorobowych, niedotknięte gruźlicą starą lub czynną, a kobiety poza okresem miesiączkowania. Dzieci znoszą szczepienie bardzo dobrze, a odporność utrzymuje się u nich znacznie dłużej, niż u dorosłych. Dawkę dziecięcą oblicza się według ilości dla dorosłych proporcyonalnie do wagi ciała.

Felczeryzm w b. Królestwie kongresowem.

(Z własnych spostrzeżeń w latach 1915—1918).

Ustawa rosyjska zezwalała t. zw. felczerom na wykonywanie pewnych zabiegów, jak przecinanie ropni, opatrywanie ran zewnętrznych, spychanie ciał obcych tkwiących w przełyku i t. p. W krajach zachodnich Europy »instytucya« felczerów jest wprost nieznana. Felczerzy według przepisów rosyjskich dzielą się na t. zw. starszych i młodszych. Młodszy felczer praktykuje pewną liczbę lat u pryncypała, który zawsze ma zakład fryzyerski, a następnie udaje się na dalszą naukę do szpitali, poczem uzyskuje tytuł starszego felczera. Stwierdziłem w latach wojennych, pełniąc obowiązki lekarza powiatowego w Busku w kieleckiem, że felczerzy wykonują praktykę, przekraczającą niezmiernie daleko ich zakres działania. Leczą więc choroby wewnętrzne, uprawiają chirurgię, a często wykonują zabiegi niedozwolone (spędzanie płodu). Stopień wykształcenia ogólnego felczerów jest tak nizki, wiadomości takiego felczera z dziedziny medycyny tak znikome, że dziwić się należy, iż ustawa rosyjska zezwoliła felczerom wykonywać zabiegi zewnętrzne, co do których wiadomości z dziedziny ogólnych wskazań chirurgicznych są wprost niezbędne. Stąd też na każdym kroku spotykałem się ze skutkami zabiegów felczerskich. Podczas trwania epidemii duru plamistego felczerzy w bardzo wielu przypadkach taili chorobę, tak że zwalczanie jej było ogromnie utrudnione. Ludność wiejska b. Królestwa kongresowego odnosi się do felczerów z zaufaniem; u nich szuka porady w chorobie, a dopiero w ostateczności udaje się do lekarzy. W większych i mniejszych miastach oraz po gminach wiejskich mieszkają liczni felczerzy, którymi niefortunna ustawa rosyjska obdarzyła Kongresówkę. Obecnie, jak donosi urzędowy »Monitor Polski« Nr 47, z d. 27. II. b. r., ma być utworzona przy Radzie lekarskiej komisya egzaminacyjna dla kandydatów felczerskich. A więc będziemy mieli znowu świeży przybytek ludzi, którzy swojem ograniczeniem i brakiem najniezbędniejszych wiadomości z zakresu wiedzy lekarskiej będą tak szkodliwie oddziaływać na zdrowie ogółu ludności, jak dotąd. W r. 1917 zauważyłem, że jeden z felczerów uprawia chirurgię w większym zakresie, aniżeli dozwalała dawna ustawa rosyjska, której austryacki zarząd wojskowy w Lublinie nakazał się trzymać. Zacząłem śledzić działalność tego »chirurga« i wkrótce natrafiłem na dwa przypadki gruźlicy stawu kolanowego, »leczone« — otwarciem stawu. Sprawę oddałem władzom, a felczerowi natychmiast odebrałem prawo wykonywania praktyki. Również byłem zmuszony podawać kilkakrotnie felczerów do ukarania za tajenie chorób zakaźnych, w szczególności duru plamistego.

Stanowczo nie należy dopuścić, aby felczeryzm dotknął Galicyę i Poznańskie, a równocześnie należy wszelkiemi siłami starać się o to, aby temu, że się tak wyrażę, »bolszewizmowi lekarskiemu«, jakim jest felczeryzm, położyć kres w dawnej Kongresówce. Bezwarunkowo należy już raz znieść tę »instytucyę«, która jest zakałą kultury, a pozostawiając obecne pokolenie »aż do wymarcia«, nie tworzyć nowego. Felczerów, jako pomocników w szpitalach, można bardzo dobrze zastąpić odpowiednio wyćwiczoną służbą sanitarną.

Strzyżów, 14. III. 1919.

Dr Antoni Biliński, lekarz powiatowy.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 11. grudnia 1918.

Przewodniczy kol. prezes prof. Krzyształowicz. Obecnych członków 28.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Kol. prof. Latkowski przedstawił chorego l. 15 liczącego, chorego na **ropnicę gronkowcową**, u którego stwierdzono ropień w stawie barkowym prawym, zajmujący i mięsień naramienny pr., jakoteż ropień w okolicy prawego przedniego mięśnia piszczelowego, co zdarza się rzadko w przebiegu ropnicy gronkowcowej. W przebiegu wystąpiło zapalenie płuc płatu dolnego lewego. Punkt wyjścia zakażenia nie dał się wykazać. Badanie krwi wykazało leukocytozę neutrofilną. W moczu stwierdzono białkomocz, który w przebiegu choroby ustąpił. W ropie uzyskanej ze stawu wykazano gronkowca białego. Chorego, który miał gorączkę, dochodzącą do 40° o torze przerywanym, leczono wstrzykiwaniami szczepionki gronkowcowej pochodzącej od innego chorego, podczas zapalenia płuc podawano optochinę. W ciągu 6 tygodni nastąpiło wyleczenie, ropnie zupełnie uległy wessaniu, nie przyszło ani do zapalenia nerek, ani do zapalenia wsierdzia. Przebieg korzystny choroby odnosi prof. Latkowski do łagodniejszej postaci zakażenia gronkowcem białym. (Streszczenie własne).

III. Przewodniczący komisyi przedwyborczej kol. Surzycki przedstawił wnioski komisyi w sprawie wyborów. Wnioski jednomyślnie uchwalono. Wybrani tedy zostali: Prezesem: kol. Wacław Damski. Wiceprezesem: kol. Wincenty Witaliński. Sekretarzem dor.: kol. Czesław Karwowski. (Wszyscy na 1 rok).

(Dokończenie nastąpi).

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr St. Ciechanowski.**

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 33. Kraków, 23 sierpnia 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują **w Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, **w Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·—, półrocznie 30·—, kwartalnie K ·15·—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K.

Rok LVIII. Kraków, 23. sierpnia 1919. Nr. 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Choroby weneryczne i ich zwalczanie w czasie wojny (1915—1918)

podał

Dr Jan Papée

(według referatu dla Krajowej Rady zdrowia na posiedzeniu w dniu 11 stycznia 1919).

Choroby weneryczne już w latach przedwojennych wykazywały znaczny stopień rozpowszechnienia wśród ludności naszego kraju. Świadczą o tem sprawozdania Krajowej Rady zdrowia, sprawozdania ze szpitali powszechnych, które wykazywały ilość chorych wenerycznych w stosunku 15—20% ogółu leczonych w szpitalach, wreszcie wykazy z armii, podające ilość chorych wenerycznych w całem państwie na 60—64‰, ilość znacznie wyższą od armii niemieckiej, gdzie było 25·5‰, francuskiej 41·9‰ i rosyjskiej 42·4‰; w załogach garnizonujących w miastach galicyjskich ilość ta wahała się między 58 a 80‰.

W szpitalach powszechnych największą ilość chorych wykazywały miasta Lwów i Kraków, w kraju szerzyły się choroby weneryczne najsilniej w powiatach południowo-wschodnich, a mianowicie w powiecie stryjskim, nadwórniańskim, bohorodczańskim, kołomyjskim i kossowskim. Że te stosunki ulegną znacznemu pogorszeniu z chwilą wybuchu wojny, nie podlegało najmniejszej wątpliwości; wszakże wojna, rozluźniając stosunki rodzinne, zmuszając mężczyzn do opuszczania ognisk domowych i do ustawicznej zmiany miejsca pobytu, już tem samem stwarza dobre warunki do nabycia chorób wenerycznych; otwiera im z przybyciem wojsk szerokie wrota tam, gdzie one przedtem były rzadkością, a więc po wsiach i mniejszych siedliskach ludzkich. Na te następstwa wojny kraj nasz był w większym stopniu narażony, będąc ustawicznym terenem czteroletniej wojny, przez który przeciągały stale ogromne masy wojsk rozmaitej narodowości, rekrutujące się niemal z całej środkowej i wschodniej Europy.

Władze sanitarne krajowe, tak rządowe, jak autonomiczne i miejskie, zdając sobie sprawę z grożącego niebezpieczeństwa, wywołanego wzrostem chorób wenerycznych, rozpoczęły zaraz po ustaniu inwazyi rosyjskiej energiczną czynność w kierunku ich zwalczania.

Zanim podam plan tej akcyi i szereg zastosowanych środków, pragnę na podstawie dostępnych mi źródeł przedstawić liczbowo stan chorób w kraju.

Podanie dokładnej ilości chorób wenerycznych jest rzeczą bardzo trudną, a to z tego powodu, że choroby te nie podlegają obowiązkowi donoszenia. W obliczeniach naszych oprzeć się zatem możemy jedynie na cyfrach, uzyskanych z publicznych instytucyi leczniczych, jak szpitale, kliniki i ambulatorya; materyał, w ten sposób uzyskany, nie obejmuje, rzecz jasna, całości chorób wenerycznych.

Liczba chorych wenerycznych w krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie wynosiła:

a) na oddziale męskim:

W r. 1913 — 875	w tem kiły 41%,	wrz. m. 11%,	trypra	40%
» 1914 — 689	» » 39%,	» 7%,	»	40%
» 1915 — 462	» » 33%,	» 25%,	»	36%
» 1916 — 356	» » 37%,	» 11%,	»	34%
» 1917 — 246	» » 47%,	» 9%,	»	36%
» 1918 — 354	» » 38%,	» 14%,	»	33%

reszta choroby płciowe nie weneryczne;

b) na oddziale kobiecym:

W r. 1913 — 733 chorych
» 1915 — 1656 »
» 1916, z końcem którego otwarto oddział weneryczny, prowadzony przez Towarzystwo Czerwonego Krzyża, razem na obu oddziałach 2298,
» 1917 — 2215 chorych,
W pierwszej połowie 1918 — 897 chorych.

Od roku 1915 liczba kobiet powiększa się bardzo i dochodzi do trzykrotnej w porównaniu z rokiem przedwojennym. Ilość leczonych mężczyzn się zmniejsza, co jest zupełnie zrozumiałe wobec toczącej się wojny i powołania mężczyzn pod broń.

Na oddziale kobiecym od czasu, kiedy zaprzestano odsyłać prostytutki do tutejszego szpitala, liczba się zmniejsza, a w ostatnich miesiącach roku 1918, kiedy biuro sanitarne było nieczynne, stan chorych wynosi 40.

Na oddziale męskim stan dzienny chorych wynosi obecnie 26 wenerycznych, w czasie przedwojennym stan ten wynosił 130, a w porze zimowej nawet 150 chorych.

W szpitalu powszechnym w Krakowie, według dat udzielonych przez Dra Waltera, liczba łóżek dla chorych wenerycznych wynosi 125 na obu oddziałach, t. j. męskim i żeńskim: z tego 65 dla kobiet, 60 dla mężczyzn; z tych 125 łóżek przeznaczonych jest dla chorób skórnych 20 na oddziale męskim, 25 na żeńskim.

Na oddziale kobiecym ilość chorych wenerycznych wynosiła:

W r. 1913 — 405, w tem prostytutek rejestr. i krytych 604, samozgłaszających się 178.
» 1914 (od 1. sierpnia) 188, w tem prostytutek rejestr. i krytych 145, samozgłaszających się 43.
» 1915 — 661, w tem prostytutek rejestr. i krytych 604 samozgłaszających się 57.
» 1916 — 693, w tem prostytutek rejestr. i krytych 552, samozgłaszających się 141.
» 1917 — 384, w tem prostytutek rejestr. i krytych 254, samozgłaszających się 130.
» 1918 — 164, w tem prostytutek rejestr. i krytych 104, samozgłaszających się 60.

Zwyżka, zaznaczająca się w r. 1915 i 1916, spowodowana była leczeniem kobiet, pochodzących z okupowanych części Królestwa polskiego, a przysyłanych przez komendy etapowe; były to kobiety, oddające się prostytucyi, w przeważnej części tajnej.

Według rozpoznania chorób było:

W r. 1914 przypadków kiły I i II 58·5%,	wrz. m. 10·8%,	trypra 26%
» 1915 » » I i II 55·2%,	» 7·4%,	» 32·3%
» 1916 » » I i II 65·6%,	» 10·3%,	» 20·7%
» 1917 » » I i II 73·9%,	» 10·4%,	» 12·7%

» 1918 do 31. lipca, przypadków kiły I i II 74·5%, wrz. m. 3·6%, trypra 17·6%.

Ruch chorych na oddziale męskim wynosił:

W r. 1912 chorych 408, z czego 357 wenerycznych, w tem kiły I i II 42·8%, wrzodu m. 16·6%, trypra 27·8%.
» 1914 (od 1. sierpnia) chorych 127, z czego 116 wenerycznych, w tem kiły 38·7%, wrzodu m. 14·6%, trypra 46·7%.
» 1915 chorych 118, z czego 105 wenerycznych, w tem kiły 55·2%, wrzodu m. 20·9%, trypra 24·9%.
» 1916 chorych 240, z czego 223 wenerycznych, w tem kiły 38·1%, wrzodu m. 21·5%, trypra 40·4%.
» 1917 chorych 203, z czego 189 wenerycznych, w tem kiły 48·°%, wrzodu m. 17·9%, trypra 34%.

W r. 1918 do 31. lipca chorych 110, z czego 102 wenerycznych, w tem kiły 40·1%, wrzodu m. 24·5%, trypra 33·4%.

Daty ze szpitali prowincyonalnych, udzielone mi przez Dra Lenartowicza, wykazują znaczne wzmożenie się chorób wenerycznych w niektórych szpitalach, i to przeważnie kobiet. Do tych należą szpitale:

w Brodach (81 w r. 1913, 165 w r. 1915, 211 w r. 1916, 57 w r. 1917),

w Brzeżanach (135 w r. 1913, 124 w r. 1915, 263 w r. 1916, 156 w r. 1917, 29 w r. 1918).

w Przemyślanach (4 w r. 1913, 36 w r. 1916, 156 w r. 1917, 3 w r. 1918),

w Samborze (ze 107 w r. 1913 na 164 w r. 1916 i 145 w r. 1917),

w Sokalu (z 17 w r. 1913 na 88 i 51 w r. 1916 i 1917),

w Żółkwi (68 w r. 1913, 131 w r. 1916 i 133 w r. 1917).

Podwyższenie stanu chorych w Brodach, Brzeżanach i Sokalu należy objaśnić tem, że w tych miastach wojsko urządziło domy publiczne pod własnym zarządem i odsyłało tam chore prostytutki. Z chwilą zwinięcia tych domów w r. 1918 zaznacza się już spadek liczby chorych.

W innych szpitalach przybytek chorych nie jest tak wysoki, a w niektórych stan niższy; tu należą:

Drohobycz (267 w r. 1913, 79 w r. 1915, 237 w r. 1916, 335 w r. 1917).

Kossów (141 w r. 1913, 194 w r. 1915, 174 w r. 1917).

Stanisławów (616 w r. 1913, 600 w r. 1916, 514 w r. 1917, 224 w r. 1918).

Stryj (270 w r. 1913, 185 w r. 1915, 149 w r. 1919, 88 w r. 1917, 25 w r. 1918).

Turka (136 w r. 1913, 89 w r. 1916, 19 w r. 1917, 30 w r. 1918).

W szpitalu powszechnym w Tarnowie było leczonych chorych:

W r. 1913 mężczyzn 77, kobiet 126, razem 203, w tem przypadków kiły u mężczyzn 31%, u kobiet 30%.

» 1914 mężczyzn 14, kobiet 21, razem 35, w tem przypadków kiły u mężczyzn 50%, u kobiet 38%.

» 1915 mężczyzn 15, kobiet 131, razem 146, w tem przypadków kiły u mężczyzn 66%, u kobiet 38%.

» 1916 mężczyzn 42, kobiet 126, razem 168, w tem przypadków kiły u mężczyzn 45%, u kobiet 94%.

» 1917 mężczyzn 26, kobiet 162, razem 188, w tem przypadków kiły u mężczyzn 50%, u kobiet 43%.

» 1918 do 31. lipca mężczyzn 7, kobiet 62, razem 69, w tem przypadków kiły u mężczyzn 28%, u kobiet 43%.

W szpitalu w Rzeszowie ilość chorych wynosi:

W r. 1913 mężczyzn 40, kobiet 19, razem 59, w tem przypadków kiły u mężczyzn 60%, u kobiet 52%.

» 1914 mężczyzn 11, kobiet 7, razem 18, w tem przypadków kiły u mężczyzn 63%, u kobiet 57%.

» 1915 mężczyzn 7, kobiet 319, razem 326, w tem przypadków kiły u mężczyzn 80%, u kobiet 84%.

» 1916 mężczyzn 25, kobiet 82, razem 107, w tem przypadków kiły u mężczyzn 50%, u kobiet 68%.

» 1917 mężczyzn 22, kobiet 105, razem 127, w tem przypadków kiły u mężczyzn 68%, u kobiet 60%.

» 1918 do 31. lipca mężczyzn 12, kobiet 36, razem 48, w tem przypadków kiły u mężczyzn 75%, u kobiet 77%.

Szpital powszechny w Krośnie wykazuje: w r. 1913 chorych 30, w r. 1914 — 39, w r. 1915 — 14, w r. 1916 — 46, w r. 1917 — 41, w r. 1918 — 17, w tem przypadków kiły leczonych w okresie 5. letnim było 44 czyli 24%.

Szpital w Żywcu: w r. 1913 — 32 chorych, w r. 1915 — 41, w r. 1916 — 39, w r. 1917 — 38, w r. 1918 do 31. lipca 28, w tem za cały czas przypadków kiły 119 czyli 66%.

Szpital w Nowym Targu: w r. 1915 — 65 chorych, w r. 1916 — 82, w r. 1917 — 65, w r. 1918 do 31. lipca 19 chorych, stosunek przypadków kiły wynosi 52%.

Zwyżkę chorych stwierdzamy zatem w porównaniu z r. 1913 w Rzeszowie, zwłaszcza w r. 1915, a więc po ustąpieniu wojsk rosyjskich, w Krośnie, Żywcu i Nowym Targu, a podwyższenie stanu chorych spowodowała większa ilość kobiet, przedewszystkiem w Rzeszowie i Nowym Targu.

Szczegółów z reszty 23 szpitali prowincyonalnych (Biała, Bochnia, Bóbrka, Czortków, Dolina, Gorlice, Husiatyn, Jarosław, Jasło, Kałusz, Kołomyja, Lubaczów, Nowy Sącz, Podhajce, Przemyśl, Sanok, Skałat, Śniatyn, Tarnobrzeg, Tarnopol, Wadowice, Zaleszczyki, Złoczów) nie mogę podać, częścią z tej przyczyny, iż niektóre z nich były z powodu wojny nieczynne, częścią zaś z powodu trudności w uzyskaniu dat lub zniszczenia aktów szpitalnych.

Ambulatoryum kliniki dermatologicznej prof. Łukasiewicza we Lwowie nie było czynne od początku wojny, w czasie inwazyi rosyjskiej i w pierwszej połowie r. 1916. Regularne ambulatoryum powstało w lipcu 1916 w nowej klinice dermatologicznej; pierwszy okres trwał od lipca 1916 do października 1917, następny rok szkolny 1917/1918 z przerwą w miesiącach wakacyjnych, spowodowaną brakiem lekarzy.

Ruch chorych przedstawia się następująco:

W r. szkolnym 1913/14 na 4.000 ambulantów było 1.000 wenerycznych, tj. 25%.

W r. szkolnym 1916/17 na 2.107 ogólnej liczby chorych było 1.472 skórnych tj. 69·8%, 635 wenerycznych, tj. 30·2%.

Pod względem płci było leczonych:

Mężczyzn 1019 tj. 48·3%, z tych leczyło się z powodu chorób wenerycznych 404 = 39·6%, z powodu chorób skórnych 615 = 60·4%.

Kobiet 1088 tj. 51·7%, z tych leczyło się z powodu chorób wenerycznych 231 = 21·2%, z powodu chorób skórnych 857 = 79·8%.

Pod względem rodzaju chorób wenerycznych było:

U mężczyzn	przypadków	kiły	179	czyli	44%
»	»	wrzodu miękkiego	6	»	1·4%
»	»	trypra	219	»	54%
U kobiet	»	kiły	137	»	59%
»	»	trypra	94	»	40%

W roku szkolnym 1917/1918 na 2388 leczących się było:

z chorobami skórnymi . . 1845 = 78%

» wenerycznymi . 543 = 22%.

Pod względem płci było:

Mężczyzn 1204 tj. 50·4%, z tych leczyło się z powodu chorób wenerycznych 391 = 32%, z powodu chorób skórnych 813 = 68%.

Kobiet 1184 tj. 49·6%, z tych leczyło się z powodu chorób wenerycznych 152 = 12%, z powodu chorób skórnych 1032 — 88%.

U mężczyzn	było	przypadków	kiły	208	czyli	53%
»	»	»	wrzodu miękkiego	7	»	1·7%
»	»	»	trypra	176	»	45%
U kobiet	»	»	kiły	114	»	75%
»	»	»	trypra	38	»	25%

W ambulatoryum kliniki dermatologicznej w Krakowie ogólna liczba ambulantów wynosiła w r. szkolnym 1913/1914 — 1305, z tego było chorych wenerycznych 250 czyli 11·5%, a mianowicie kiły 8·2%, wiewióra 10%, wrzodu miękkiego 0·95%.

W latach szkolnych 1914 i 1915 ambulatoryum było zamknięte, otwarto je z początkiem roku 1916. W tym roku leczyło się ogółem 1186, z tego chorych wenerycznych 203 = 17%, w czem stanowiła kiła 7·8%, wrzód miękki 2·1%, wiewiór 7·2%.

W r. 1917 liczba chorych 1127, w tem 246 wenerycznych czyli 21%, a z tego kiła 7·5%, wrzód miękki 1·3%, wiewiór 6·2%.

W r. 1918 liczba chorych 2452, w tem 347 wenerycznych czyli 14%, a z tego kiła 7·4%, wrzód miękki 1·7%, wiewiór 5%.

W ambulatoryum Polikliniki powszechnej we Lwowie leczono w roku 1918 ogółem 223 chorych, w tem wenerycznych 69 czyli 30·9%, skórnych 139 czyli 62%, resztę stanowili inni chorzy, niewłaściwie się na oddział zgłaszający. Interesującym jest stosunek leczonych na choroby weneryczne kobiet i mężczyzn, a mianowicie u mężczyzn stanowiły choroby weneryczne 43%, u kobiet 9·5%, resztę choroby skórne; u mężczyzn z chorób wenerycznych najwięcej było przypadków wiewióra, bo przeszło 60%, wrzód miękki i kiła razem 36%, kiła świeża u kobiet 20%.

Dla porównania przytaczam stan leczących się w r. 1913, tj. tuż przed wojną; w tym roku liczba chorych wynosiła 1528, a więc blisko 7 razy więcej aniżeli w r. 1918, mężczyzn 81%, kobiet 19%; ubytek zaznacza się tu nietylko u mężczyzn, co jest wojną wytłumaczone, ale także i u kobiet. W liczbie leczących się było przypadków wenerycznych 56%, skórnych 40%, u mężczyzn choroby weneryczne stanowiły 52% (więcej o 9% jak w r. 1918) skórne 44%, u kobiet weneryczne 16%.

Oprócz wymienionych istnieje ambulatoryum dla chorób wenerycznych przy Kasie chorych miasta Lwowa, założone w r. 1909. Liczba chorych wenerycznych i skórnych zwiększała się tam stale, z początkowych 1200 wynosiła w r. 1913 — 1800; choroby weneryczne stanowiły 33%, mężczyzn 97%, kobiet 3%. W chorobach wenerycznych było 70% przypadków wiewióra, kiły 16%, wrzodu miękkiego 1·5%, reszta choroby płciowe niezakaźne. Ambulatoryum to nie funkcyonowało przez czas wojny, czynne jest dopiero od 1. września 1918; liczba chorych za czas

do 7. grudnia 1918 wynosi: wogóle leczyło się 66 osób, z tego mężczyzn 59, kobiet 7, mężczyzn na choroby skórne 39, weneryczne 20, z kobiet jedna z powodu świeżej kiły, 6 na choroby skórne.

Jaki był stan chorych w szpitalach wojskowych w czasie od 1915—1918, nie mogę podać z powodu braku odnośnych dat. Sanitarne władze wojskowe w czasie od 1915 do 1917 twierdziły, że Lwów i kraj nasz pod względem źródeł zakażenia stoi bardzo wysoko. Mniemanie to nie było zupełnie słuszne z tego powodu, że oparte było na sklejanych naprędce i nie ściśle badanych obliczeniach. Stwierdzono bowiem niejednokrotnie, że podawane w doniesieniach wojskowych źródła zakażenia z podaniem Lwowa sprawdzały się bardzo rzadko, nieledwie jedno na 50, przyczem popełniano mylki tego rodzaju, że podawanie źródła zakażenia co do wrzodów pierwotnych nie zgadzało się nigdy czasowo z wystąpieniem zmiany, a nasilenia przewlekłych postaci wiewióra zaliczano do świeżo nabytych we Lwowie.

Nie da się jednak zaprzeczyć, że Lwów jako stacya przechodowa ogromnej masy wojsk, położony tak przy linii bojowej, że służyć musiał tym wojskom jako najbliższa wielkomiejska stacya wypoczynkowa i urlopowa, mógł dostarczać większego kontyngentu w chorobach wenerycznych, aniżeli miasta korzystniej położone.

Na wzrost chorób wenerycznych i świadomość niebezpieczeństwa stąd płynącego dla ludności, jak wspomniałem na wstępie, zwróciły uwagę krajowe władze rządowe i autonomiczne; w kilku ankietach, powołanych przez Namiestnictwo, gminę miasta Lwowa i władze wojskowe, stwierdzono konieczność podjęcia energicznej walki przeciw rozszerzającym się nadmiernie chorobom wenerycznym. Wnioski, przez te ankiety i Radę zdrowia uchwalone, przedłożono rządowi do wykonania w memoryale, opracowanym przez prof. Łukasiewicza. Plan mającej być podjętą akcyi skierowany był przedewszystkiem do poprawy stosunków szpitalnych na oddziałach wenerycznych w obu miastach stołecznych, utworzenia nowych, względnie rozszerzenia istniejących oddziałów szpitalnych w miastach prowincyonalnych; uznano konieczność reaktywowania kliniki dermatologicznej we Lwowie, której urządzenie wewnętrzne, wypadkami wojennymi uszkodzone, spowodowało jej zamknięcie, wywołując w ten sposób lukę w walce z chorobami; następnie uznano potrzebę ułatwienia leczenia ruchomego przez utworzenie ambulatoryów i ruchomych stacyi leczniczych, w końcu uznano za konieczne uświadamianie ludności o nadmiernem szerzeniu się chorób i niebezpieczeństwach z tem związanych.

(Dokończenie nastąpi).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 11. grudnia 1918

(Dokończenie).

Ponadto wybrani zostali następujący koledzy: na 3 lata (1919, 1920 i 1921): redaktorem Przeglądu lekarskiego: prof. Ciechanowski, administratorem Przegl. lek.: kol. Wojciechowski; na rok: do komisyi rewizyjnej krakowskiego Towarzystwa lek.: Tym. Piotrowski i Z. Wachtel (sen.); do komisyi redakcyjnej Przegl. lek.: Blassberg, prof. Browicz, prof. Krzyształowicz, prof. Majewski i prof. Rutkowski; delegatami do Rady zawiadowczej Towarzystwa lek. gal.: prof. Browicz i Ciechanowski; delegatem do komisyi rewizyjnej Towarzystwa lek. gal.: kol. Schöngut; delegatami na Walne Zgromadzenie Towarzystwa lek. gal.: kol. Ackermann, Berezowski, prof. Ciechanowski, Damski, doc. Janiszewski, prof. Kostanecki, Kwaśnicki, Lang, Landau sen., Schöngut i Surzycki; zastępcami tychże delegatów: Służewski, prof. Majewski, T. Piotrowski, Z. Wachtel sen., Wojciechowski.

Uwaga: Pozostają w urzędzie do końca 3-letnich kadencyi skarbnik i gospodarz domu (do końca 1919 r.), bibliotekarz i sekretarz stały (do końca 1920 r.).

Dr Michejda, sekr. dor.

Posiedzenie sprawozdawcze w dniu 8. stycznia 1919.

Przewodniczy kol. prezes prof. Krzyształowicz. Obecnych 16 członków.

I. Przewodniczący uczcił w krótkiem przemówieniu pamięć ś. p. kol. Pawła Radeckiego. Przemówienia tego obecni wysłuchali stojąc.

II. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

III. Kol. prezes prof. Krzyształowicz referuje wniosek Wydziału o podwyższenie wkładki. Pierwotnie Wydział polecał podwyższenie wkładki do 60 kor., co było związane z dostarczaniem członkom »Lwowskiego Tygodnika lekarskiego«, a ponieważ obecnie »Tygodnik lekarski« nie może wychodzić, Wydział proponuje podniesienie wkładki do 48 koron dla pokrycia kosztów wydawnictwa »Przeglądu lekarskiego«.

W dyskusyi zabierają głos kol. Landau, kol. prezes Krzyształowicz i kol. prezes Damski, poczem wniosek uchwalono.

Kol. Glassner wyraża pod adresem redakcyi »Przeglądu lekarskiego« życzenie o wznowienie działu referatowego.

IV. Ustępujący Zarząd przedstawił następujące sprawozdania za r. 1918:

1) Kol. prof. Nitsch złożył sprawozdanie z ruchu naukowego:

W r. 1918 odbyło się 25 posiedzeń w czasie od 9. I. do 11. XII. z przerwą 3-miesięczną w czasie wakacyi. Jedno posiedzenie (dnia 9. I.) było sprawozdawcze i równocześnie naukowe, jedno wyborcze (11. XII.), 2 nadzwyczajne: z nich jedno (d. 16. II.) zwołane było, by zaprotestować przeciw traktatowi brzeskiemu, drugie (d. 9. X.) by dać wyraz uczuciom Towarzystwa z powodu Manifestu Rady Regencyjnej. Reszta posiedzeń t. j. 21 było naukowych: na 18 z nich wygłoszono 21 odczytów z różnych działów umiejętności lekarskich; na 4 posiedzeniach naukowych nie wygłoszono żadnego odczytu: odbyły się na nich tylko demonstracye. W odczytach i referatach uczestniczyło 20 kolegów, a mianowicie: Artwiński, Bier, Ciechanowski, Janiszewski, Kostrzewski, Latkowski, Markowski, Mayer, Nitsch, Nowaczyński, Nowotny, Piltz, Piotrowski, Rosner, Rychliński, Szwarc, Seńkowski, Wachholz, Walter, Weissglas.

Demonstracye odbyły się na 14 posiedzeniach, a brało w nich udział 29 kolegów, a mianowicie: Beaurain, Blassberg, Borowski, Ciechanowski, Glassner, Gliński, Hładij (3 razy), Krzyształowicz, Latkowski, Michejda (2 razy), Mostowska, Niepielski, Nowaczyński, Radliński, Radwańska (2 razy), Rogalski, Rosner (3 razy), Rychliński, Szancenbach (2 razy), Wachnianin, Zubrzycki. Przedmiotem demonstracyi było 22 preparaty anatomiczne, jeden przyrząd do oznaczania ciężaru właściwego krwi, 47 chorych z klinik chirurgicznej, neurologicznej, położniczo-ginekologicznej i wewnętrznej.

W dyskusyi po odczytach i demonstracyach zabierało głos 89 kolegów i gości; stopień i ożywienie dyskusyi bywały bardzo różne, a mianowicie: Po 4 odczytach nie było żadnej dyskusyi, po 3 odczytach przemawiał w dyskusyi 1 z kolegów, po 2 przemawiało 2 kolegów, po 3 przemawiało 3, po jednym 4, po dwu odczytach przemawiało po 5, 6 i 7 kolegów, a po trzech odczytach przemawiało: raz 8, raz 11, raz 14 kolegów. Mianowicie 11 kolegów brało udział w dyskusyi po odczycie kol. Rosnera »O konstytucyi płciowej kobiety«, a 14 kolegów — po odczycie wspólnym kol. Ciechanowskiego, Latkowskiego, Nitscha »O grypie hiszpańskiej w Krakowie w r. 1918.

Udział członków na posiedzeniach bywał bardzo różny: najmniej było członków 15 (na posiedzeniu 5. VI.), najwięcej 96 (na posiedzeniu nadzwyczajnem 16. II.) i 92 (na posiedzeniu dnia 30. I.). Przeciętnie bywało na każdem posiedzeniu po 39 kolegów.

Nowych członków przyjęto pięciu. Zmarł jeden członek honorowy, a mianowicie prof. Mars, i 3 członków zwyczajnych, a mianowicie: Dr Bogdanik, Prof. Dr Gliński i Dr Radecki. Na posiedzeniu dnia 4. XII. mianowano członkiem honorowym Prof. Dr Emila Godlewskiego.

2) Kol. Blassberg złożył sprawozdanie z ruchu biblioteki: W dniu 31. grudnia 1918 było w bibliotece uporządkowanych i skatalogowanych 11.545 dzieł i 655 wydawnictw peryodycznych. Inwentaryzacyę wstrzymano dla braku miejsca w bibliotece. Sprawa rozszerzenia biblioteki będzie przedmiotem starań nowego Zarządu Towarzystwa.

W ciągu roku 1918 wypożyczono z biblioteki książek lub pism 43, zwrócono 14, pozostaje zaległych 29. Nadto z ubiegłych lat nie wpłynęło 115 książek lub czasopism wypożyczonych. Liczba członków korzystających z biblioteki wynosiła 23. Dary: prof. Ciechanowski zasilił bibliotekę, jak corocznie, licznemi dziełami i czasopismami. Oprócz tego wpłynęły do biblioteki liczne dzieła i czasopisma od Dra Harajewicza i Markowej oraz z biblioteki pozostałej po ś. p. prof. Glińskim. Do kasy podręcznej biblioteki wpłynęło do pozostałości z r. 1917 w ciągu roku 1918

za sprzedaż duplikatów 67 kor. 60 hal., wydatków nie było żadnych, tak, że na rok 1919 pozostaje w kasie kwota 310 kor. 87 hal.

3) Kol. Ackerman złożył sprawozdanie z dochodów i wydatków Towarzystwa.

4) Kol. Wojciechowski złożył sprawozdanie z administracyi »Przeglądu lekarskiego«.

5) Sprawozdanie, zatwierdzone przez komisyę rewizyjną Towarzystwa, zostało jednomyślnie przyjęte.

V. Kol. prof. Krzyształowicz, oddając przewodnictwo kol. Damskiemu, dziękuje Wydziałowi i wszystkim kolegom, którzy pracowali dla Towarzystwa. Kol. Damski, obejmując przewodnictwo, wyraża uznanie ustępującemu Wydziałowi, a w szczególności kol. prof. Krzyształowiczowi za pracę dla Towarzystwa w imieniu swojem i kolegów.

Dr Czesław Karwowski, sekretarz doroczny.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dr Bronisław Sawicki został mianowany honorowym profesorem chirurgii w Warszawie.

— W dziennikach ukazał się następujący komunikat: »D. 6. VIII. odbył się we Lwowie pod przewodnictwem Dr Mikołajskiego zjazd lekarzy rządowych byłej Galicyi. Tematem obrad była walka z tyfusem plamistym we wschodniej części Małopolski. Wojna, nadzwyczajna śmiertelność (z samego tyfusu plamistego zmarło w tym roku 22 lekarzy w Galicyi), przerzedziły bardzo silnie zastępy tych pracowników, tak, że obecnie wakuje przeszło 20 posad lekarzy powiatowych, nie mówiąc o okręgowych. Z tych, którzy zostali na stanowiskach, wielu stara się o przeniesienie, nie mogąc wegetować w strasznych warunkach, jakie wytworzyły się w tej części kraju. Dr Mikołajski wezwał w imię patryotycznego obowiązku do wytrwania, zaznaczając, że przedstawił Ministerstwu wnioski celem poprawy bytu tych lekarzy, przyczem stwierdził, że lekarze ukraińscy wszyscy bardzo po obywatelsku w czasie okupacyi ruskiej postępowali, łagodząc antagonizmy i chroniąc nawet ludność polską przed nadużyciami ruskich żołnierzy. Wobec tego mówca wniósł projekt do rządu, by lekarzy ukraińskich zostawić w służbie, o ile złożą przysięgę państwu polskiemu. Nakoniec stwierdził Dr Mikołajski, że epidemia tyfusu w Galicyi wygasa«.

— Ministerstwo poczt i telegrafów zniosło uwolnienia od opłat pocztowych za przesyłki, wysyłane w celu badania sanitarnego przez szpitale, lekarzy i urzędy publiczne.

— Dyrektor Okręgowego Urzędu zdrowia we Lwowie polecił lekarzom powiatowym przydzielać czynności lekarzy i referentów sanitarnych przy ekspozyturach Sekcyi opieki Ministerstwa spraw wojskowych na wniosek Generalnej Ekspozytury tej Sekcyi.

— Redakcya »Gońca«, dziennika wychodzącego w Krakowie, prosi za naszem pośrednictwem o nadsyłanie popularnych artykułów higienicznych. Za artykuły takie wypłacać będzie »Goniec« honoraryum autorskie.

— W warszawskim »Kuryerze polskim« znajduje się w artykule p. t. »Piękności naszej administracyi« następujący ustęp (powtórzony przez krakowski »Czas«): »Jesteśmy pewni, że istnieją stosy okólników, zabraniających lekarzom w Ministerstwie zdrowia ordynowania w domu lub szpitalu w czasie godzin urzędowych. Ale jeszcze bardziej pewni jesteśmy, że się te ordynacye odbywają codziennie, co przecież tak łatwo sprawdzić! Chodzenie w godzinach biurowych po praktyce prywatnej jest już trudniejsze do stwierdzenia, chyba, że, jak się to i nie po raz pierwszy zdarzyło, p. referent zapowiada oficyalnie swą nieobecność na trzy dni, ponieważ wyjeżdża na prowincyę na konsylium«. — Czyżby to istotnie było prawdą?!

— W Łodzi było od 27. VII. do 9. VIII. b. r. przypadków duru plamistego 39 († 3), duru brzusznego 31 († 3), czerwonki 88 († 18). Odkażono w tym czasie 1680 mieszkań i odwszawiono 6489 osób.

Zmarli: Dr Bogusław Trzciński, starszy lekarz powiatowy w Pilźnie, w 50 r. ż.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 35. Kraków, 30. sierpnia 1919. Rok LVIII.

Redakcya: **Kraków 9, Płuczki 28.**
Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2.
Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K ·15—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna Przewodniczący: Redaktor główny. Członkowie: Dr W. Damski, prezes Tow. lek. krak.; dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVIII. Kraków, 30 sierpnia 1919. Nr. 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala załogi we Lwowie.

Studya do obrazu zapalenia nerek.

V.

W sprawie etyologii ostrego zapalenia nerek żołnierzy.

Podał

Prof. Dr Maryan Franke.

Ze stanowiska historycznego porównując przypuszczalną częstość występowania ostrych zachorzeń nerkowych w armiach walczących, dojdziemy do przekonania, że częstość ich w obecnej wojnie jest wprost uderzająca. Na podstawie dawnych statystyk, według Ameuillea, ostre zapalenie nerek nie miało żadnego znaczenia w czasie wojny francusko-niemieckiej (1870—1871), chińsko-japońskiej, hiszpańsko-amerykańskiej, rosyjsko-japońskiej i transwaalskiej, bo w dotyczących pracach nie ma o nich nawet i wzmianki. Według Hirscha na podstawie statystyki niemieckiej w czasie wojny napoleońskiej w r. 1812 i niemiecko-francuskiej (1870—1871) liczba chorych na choroby dróg moczowych wynosiła wogóle ledwie 0·02% całej armii. Dopiero w czasie wojny secesyjnej północno-amerykańskiej po raz pierwszy stwierdzono prawie epidemiczny wybuch ostrego zapalenia nerek u żołnierzy, prawdopodobnie przechodzący nasileniem stan, spostrzegany w wojnie obecnej: Ameuille dodaje, że w wojnie amerykańskiej po raz pierwszy zastosowano walkę okopową, której nie znały armie wojen poprzednich. Z tablic, podanych przez tego autora, widzimy, że w pierwszym roku wojny secesyjnej liczba ostrych zapaleń nerek u żołnierzy była jeszcze bardzo mała, wynosząc tylko 0·6‰ ogólnego stanu armii, który liczył wówczas 42.000 żołnierzy, z drugim natomiast rokiem wojny liczba zachorowań na ostre zapalenie nerek wzrasta gwałtownie, dochodząc w tym roku do 6‰ (przy stanie armii 300.000, żołnierzy), w trzecim roku do 10‰ (stan armii 600.000), w czwartym roku spadając do 4‰; na tej wysokości utrzymywała się ona w następnych dwu latach, to jest 1865 i w 1866, wynosząc stale 4‰ stanu armii. Wprawdzie trudno nam będzie podać ścisłe dane, dotyczące liczby zachorowań na ostre zapalenie nerek u żołnierzy w obecnej wojnie, ale w licznych pracach o tym przedmiocie wszyscy autorowie przyznają, że liczba ich w każdej armii była bardzo znaczna. Autorowie francuscy, jak i niemieccy, mówią ogólnikowo o epidemicznem występowaniu ostrego zapalenia nerek w obecnej wojnie, a na podstawie niedokładnej wprawdzie statystyki zachorowań w II. armii austryackiej w latach 1915—1917, oblicza H. Pollitzer liczbę przypadków ostrego zapalenia nerek u żołnierzy tego odcinka na 7‰ stanu armii, na dowód wysokiego stanu schorzeń nerkowych na tym froncie. Dodać należy, że najwcześniej i najliczniej ostre zapalenie nerek żołnierzy wystąpiło w armii angielskiej, za czem przemawiałyby spostrzeżenia wspomnianego Ameuillea.

Wykazanie przyczyny tego masowego występowania zapalenia nerek u żołnierzy w czasie obecnej wojny było tematem licznych prac we wszystkich krajach i ono będzie tematem moich rozpatrywań, opartych na obfitem doświadczeniu klinicznem z lat ostatnich. W pracy niniejszej będę się starać przedewszystkiem drogą statystyczną zebrać czynniki, które zdają mi się mieć znaczenie rozstrzygające przy wybuchu zapalenia nerek żołnierzy i podnieść ich znaczenie, jako czynnika etyologicznego dla całego obrazu klinicznego, ażeby tą drogą dojść do przyczyny tej epidemii w obecnej wojnie.

Statystyka moja opiera się na 479 przypadkach t. zw. wojennego zapalenia nerek żołnierzy, spostrzeganych przezemnie przedewszystkiem w okresie 1916—1917, to jest w czasie największego nasilenia sprawy chorobowej w obszarze mojej czynności wschodniego frontu austryackiego. W drugiej połowie 1915 r. liczba takich przypadków była u nas tak mała, że jej nie uwzględniam zupełnie, a pomijam również przypadki z pierwszej połowy r. 1918, bo liczba ich nie dosięgła nawet połowy przypadków, spostrzeganych przezemnie w tym samym okresie obu lat poprzednich, tak, że rok 1916—1917 w moim obszarze muszę uważać za okres właściwy masowego występowania ostrego zapalenia nerek żołnierzy.

Z całej liczby 479 przypadków na rok 1916 przypada 274, to jest 57·2%, a na rok 1917 już tylko 205, to jest 42·8%. Jeżeli uwzględnimy przytem znacznie mniejszą liczbę przypadków zapalenia nerek w pierwszej połowie 1918 r., to mogę twierdzić, że w moim obszarze od roku 1916 zaznacza się z roku na rok postępujący spadek liczby zachorowań na nerki u żołnierzy (naszego frontu) z dążnością do wygasania »epidemii« w roku 1918, zjawisko ciekawe, dające się porównać ze samoistnem wygasaniem różnych epidemii, spostrzeganych w czasie wojny obecnej.

Sprawa druga, to czas największego zachorowania w dotyczących latach, więc pewna zależność zachorowania od miesięcy i pór roku, którą spostrzegaliśmy tak w r. 1916, jak i w 1917. W obu latach przeważną liczbę zachorowań na ostre zapalenie nerek u żołnierzy spotykaliśmy przedewszystkiem w pierwszej połowie roku. I tak w roku 1916, na ten okres przypada 79%, a w 1917 r. nawet 86·8% wszystkich przypadków danego roku, ze znaczną przewagą w pierwszym kwartale roku. Między obu latami zachodzi wprawdzie różnica o tyle, że szczyt nasilenia w r. 1916 przypada na miesiąc marzec, a w r. 1917 na miesiąc luty, ale i miesiąc marzec tego roku okazuje prawie równą liczbę przypadków; w roku 1916 spotykamy przytem w miesiącu lutym prawdziwie »wybuchowe« zjawienie się »epidemii«, którego nie widzimy w r. 1917, wobec powolnego wzrostu zachorowań od końca r. 1916. Dodam, że w drugim kwartale obu lat liczba przypadków zachorowania zmniejsza się prawie nagle (nie tak może wyraźnie w r. 1916), a w trzecim kwartale dochodzi ledwie do paru przypadków miesięcznie. Pod koniec każdego roku, to jest w czwartym kwartale, widzimy znowu od października powolny wzrost liczby zachorowań, która w r. 1917 stoi wybitnie poniżej liczby, dotyczącej r. 1916, na dowód wygasania sprawy chorobowej. Zaznaczyć należy, że największe nasilenie zachorowań zgadza się ze szczytem zimy frontu wschodniego i to z wahaniami, które ona wykazywała w obu latach; przypomnę, że w r. 1916 zima była może nie tak ostra, lecz bardzo przeciągła, gdy w r. 1917 była ona ostrzejsza, lecz wcześniejsza i króciej trwała. Czy tym szczegółem tłumaczyć należy przesunięcie szczytu nasilenia zachorowań na miesiąc luty i pewne dłuższe trwanie epidemii w pierwszej połowie 1916 r., na to stanowczo odpowiedzieć byłoby nieco trudno. W każdym razie widzimy, że największe nasilenie zachorowania na zapalenie nerek u żołnierzy naszego frontu przypada na okres zimowy roku, i to na koniec jego, to jest na czas przejściowy między zimą a wiosną. Spostrzeżenia nasze w tym kierunku zgadzają się z podaniami autorów niemieckich, jak n. p. Hirscha, który

największą liczbę przypadków stwierdzał w miesiącach przejściowych, lub Mathesa, który podaje największe nasilenie zachorowań w miesiącach grudniu do lutego, i tych autorów, którzy czas zimowy w ogóle uważają za uprzywilejowany do występowania ostrego zapalenia nerek żołnierzy, podnosząc głównie szkodliwy wpływ zimna wilgotnego; o nim musimy właśnie myśleć w okresie przejściowym roku, a gra tu rolę cały szereg czynników, objętych nazwą przeziębienia. W przeciwieństwie do tych spostrzeżeń z autorów francuskich n. p. Ameuille, a z niemieckich Knack przeczy, jakoby przeziębienie miało jakiekolwiek znaczenie etyologiczne przy powstawaniu ostrego zapalenia nerek. Jeżeli jednak w wywiadach chorych chcielibyśmy szukać wskazówek etyologicznych w tym kierunku, to na pierwszem miejscu musielibyśmy chyba postawić właśnie przeziębienie, bo jakie 80—90% chorych podaje przeziębienie jako wpływ, bezpośrednio poprzedzający wybuch choroby nerkowej. Bezkrytyczne uwzględnianie wywiadów tych chorych byłoby jednak błędem wobec tak częstej sposobności do przeziębienia u każdego żołnierza na froncie i wobec ogólnie znanego mniemania o powstawaniu ostrego zapalenia nerek przedewszystkiem na tle przeziębienia, które w razie zachorowania na ostre zapalenie nerek każdy żołnierz przyjmuje jako fakt stwierdzony. Mimo tych wątpliwości nie możemy pominąć wpływu przeziębienia przy osądzaniu etyologii danego przypadku.

Nie bez znaczenia dla etyologii schorzenia nerek u żołnierzy jest rodzaj służby wojskowej. Jako najcharakterystyczniejsze zaznaczyć musimy, że ledwie część jednego procentu stanowią oficerowie, a głównie chorymi są żołnierze, i to ze znaczną przewagą piechoty. Dokładne zestawienie naszych przypadków przy uwzględnieniu rodzaju broni wykazuje liczby następujące: piechota wynosiła u nas 70·6% przypadków, tren 8·9%, robotnicy 3·9%, saperzy 3·5%, artylerzyści 3·5%, ułani 3·2%, służba sanitarna 3·2%, żandarmerya 1·4%, służba pomocnicza (piekarze, kolejowcy, pocztowcy i kancelarya) razem 1·6%, a automobiliści 0·2%. Nasze spostrzeżenia pod tym względem zgadzają się z podaniami innych autorów tak francuskich, jak i niemieckich, którzy mówią o znacznej przewadze zachorowań u żołnierzy, i to z piechoty, a prawie zupełnej odporności oficerów. Dodam tylko, że nie spostrzegałem szczególnego usposobienia saperów, które podaje Ameuille, lub służby sanitarnej, które podaje Citron, a przedewszystkiem znowu Ameuille. Potwierdzić mogę natomiast spostrzeżenia obce, wykazujące zależność zachorowania na ostre zapalenie nerek od długości pobytu żołnierzy na froncie (przedewszystkiem w okopach), bo i w naszych przypadkach 80% chorych było długi czas w służbie frontowej.

Jako jeden z dalszych czynników etyologicznych podnieść należy wiek chorych. Zestawienia nasze n. p. wykazują, że w r. 1916 2·8% nie przekroczyło dwudziestego roku życia, 29·8% miało między 20 a 30 lat, 40·8% między 30 a 40, 21·3% między 40 a 50, a 5·3% powyżej 50 lat; w r. 1917 znowu 9·4% nie przekroczyło jeszcze 20. roku życia, 24·3% miało między 20 a 30 lat, 24·3% między 30 a 40, 31·3% między 40 a 50, a 10·7% miało powyżej 50 lat życia; widzimy więc, że w 1916 r. 26·6% chorych, a w 1917 r. nawet 42% chorych przekroczyło 40. rok życia. Przy porównaniu obu lat występuje przedewszystkiem w roku 1917 wybitny przyrost zachorowania w wieku ponad 40 lat, co podkreślamy wobec podania innych autorów o znacznie większej skłonności wieku późniejszego do schorzeń zapalnych nerek. Przyczyny tego zjawiska razem z innymi autorami będziemy musieli szukać prawdopodobnie w rozwijającej się już miażdżycy naczyń nerkowych u tych chorych. W r. 1917 stwierdzony przyrost chorych starszych tłumaczyć możemy częściowo znaczniejszą liczbą żołnierzy starszych wiekiem, którzy musieli uzupełnić stan armii frontowej, przetrzebionej znacznie długotrwałym okresem wojennym.

Szczegółowiej musimy zastanowić się nad wpływem rasy i narodowości na występowanie ostrego zapalenia nerek u żołnierzy, do czego tyle sposobności dała nam tak wielorasowa wojna obecna. W pracy mojej w r. 1916 podnosiłem już fakt, spostrzegany po raz pierwszy przezemnie, o większej skłonności Czechów do występowania ostrego zapalenia nerek, nie chcąc rozstrzygać przyczyny tego zjawiska. Do poprzednich dodam jeszcze obecnie moje dalsze doświadczenia w tym kierunku. Z braku miejsca nie mogąc w całej rozciągłości przytaczać moich tablic graficznych, podam tylko ważniejsze szczegóły, dotyczące tej sprawy. Na podstawie dokładnych obliczeń stwierdziliśmy przewagę zachorowania u Słowian wogóle. Dzieląc wszystkie nasze przypadki na dwie grupy, to jest Słowian i nie-Słowian, która obejmuje wszystkie narodowości Austryi i Węgier, widzimy, że między naszymi chorymi Słowianie stanowią 58·2%, gdy liczba nie-Słowian wynosi 41·8%. Między Słowianami znowu Czesi stanowią 22·4%, Słowianie południowi 12·7%, Polacy 10·5%, Rusini 9·5%, Moskale 3·1%, a między nie-Słowianami Węgrzy stanowią 26·4%, Niemcy 11·4%, Żydzi 2·8%, a Rumuni 1·1%. Największy procent Węgrów tłumaczyłby się częściowo przewagą Węgrów w drugiej armii austryackiej (obszar mojej czynności), co tembardziej przemawiałoby za większą skłonnością Słowian do zapadania na ostre zapalenie nerek. Liczby powyższe wykazują również, że między Słowianami znowu przedewszystkiem Czesi zapadają na ostre zapalenie nerek, co zgadza się ze spostrzeżeniami mojemi z r. 1916.

Rozpatrując poszczególne objawy kliniczne, więc przedewszystkiem rozwinięcie się obrzęków skórnych, stwierdzimy jeszcze wyraźniej większą skłonność Słowian do silnych obrzęków powłok zewnętrznych, i to wzrastającą z wiekiem naszych chorych. Z ogólnej liczby chorych stwierdziliśmy obrzęki w 50·3% przypadków, a z tych 60·3% to byli Słowianie, a 39·7% nie-Słowianie. Mniej wybitnie zaznacza się ta różnica jeszcze między 20. a 40. rokiem życia, bo w tym okresie stosunek Słowian do nie-Słowian wynosi 52·8% do 47·2%, gdy po czterdziestym roku życia Słowianie stanowią już 70·6%, a nie-Słowianie ledwie 29·4% przypadków, i to znowu ze znaczną przewagą po stronie Czechów. Przypomnę jeszcze fakt, podany przezemnie w r. 1916 o uporczywości objawów chorobowych ostrego zapalenia nerek, spostrzeganej już wówczas zwłaszcza u Czechów, co potwierdziły również moje doświadczenia późniejsze. Statystyka moja wykazuje więc dobitnie zwiększoną skłonność rasy słowiańskiej, a w niej przedewszystkiem Czechów do ostrych zapaleń nerek, przytem większą skłonność zwłaszcza do obrzęków i uporczywe utrzymywanie się tych objawów u tych ostatnich, fakt bardzo ciekawy, a dotychczas nie uwzględniony w pracach innych. O różnicach rasowych przy powstawaniu ostrego wojennego zapalenia nerek wspominają również autorowie francuscy; za tem przemawiają spostrzeżenia Ameuillea i Mac Leeda, które wykazują n. p. że nie było zachorowań na nerki w oddziałach anglo-indyjskich, a że liczba zachorowań była znaczna w oddziałach czysto angielskich, walczących obok tamtych na tym samym froncie. Do wytłumaczenia rasowej czy to narodowej tylko skłonności do wybuchu ostrego zapalenia nerek pozostawałyby nam dwie możliwości. Jedna, to wrodzone usposobienie rasowe danego osobnika do schorzenia nerek, jako czynnik, nie dający się bliżej określić, a znajdujący analogię w usposobieniu n. p. rasy żydowskiej do schorzeń układu nerwowego. Druga możliwość, to usposobienie nabyte, powstałe czy to na tle wspólnych warunków otoczenia, czy to odżywiania, na podstawie których wytwarza się »locus minoris resistentiae«, ułatwiające zadziałanie właściwych czynników chorobotwórczych. W pracy mojej w r. 1916 większe usposobienie Czechów do ostrego zapalenia nerek starałem się tłumaczyć właśnie tą drogą, podnosząc jako ważny czynnik nadmierne używanie piwa czeskiego i wspomniałem wówczas o t. zw. nerce czeskiej, rozumiejąc przez to nie stan chorobowy, lecz pewną większą skłonność nerek do powstania ostrego zapalenia. Jeżeli zaś uwzględnimy spostrzeżenia autorów francuskich i fakt spostrzegany przezemnie większej skłonności Słowian wogóle, to dziś skłaniam się więcej do przyjęcia skłonności rzeczywiście rasowej u pewnych grup żołnierzy, nie wykluczając współdziałania stosunków otoczenia i odżywiania się danej narodowości.

Zastanawiając się dotychczas nad znaczeniem czy to wieku, czy to rodzaju broni, czy też rasy przy wybuchu ostrego zapalenia nerek u żołnierzy, zdajemy sobie sprawę z tego, że one mają dla nas wartość tylko jako czynniki usposabiające, które przygotowują podłoże do zadziałania jakiegoś czynnika, bezpośrednio wywołującego zapalenie nerek. Zależność zachorowania żołnierza od pory zimowej, wpływ zimna wilgotnego i to wszystko, co łączymy z pojęciem przeziębienia, nie wystarcza samo do wytłumaczenia wybuchu ostrego zapalenia nerek. Za tem przemawiałyby już spostrzeżenia, wykazujące największe nasilenie zachorowania na nerki w wojsku francuskiem właśnie w porze letniej, dalej brak zachorowania na zapalenie nerek n. p. w Transvaalu (Ameuille), gdzie dzienna ciepłota waha się między 8 stopniami zimna rano, a dwudziestu stopniami ciepła w południe, jak i brak podobieństwa między t. zw. »albuminuria e frigore«, a zapaleniem nerek. Pamiętać należy i o tem, że obrazy zajęcia nerek przy bezpośredniem oziębianiu ich u zwierząt (Siegel) nie mają zgoła podobieństwa do obrazu klinicznego ostrego kłębkowego zapalenia nerek (glomerulo-nephritis acuta). Dokładna analiza kliniczna przypadków, jak i wynik badań doświadczalnych przemawia stanowczo za tem, że przeziębienie nie może

być czynnikiem, bezpośrednio wywołującym stan zapalny nerek, chociaż nie da się wykluczyć działania zimna jako czynnika, pośrednio usposabiającego nerki do zadziałania czynnika innego, wywołującego wprost rozwój sprawy chorobowej. Gdzie szukać tego czynnika, pośredniczącego między przeziębieniem, a omawianą sprawą chorobową, czy w zmianach naczyniowych, powstałych w nerkach wskutek przeziębienia, czy może w szkodliwem działaniu zimna na krew i w związku z niem powstałej hemoglobinuryi (haemoglobinuria e frigore), to trudno byłoby nam dziś rozstrzygać.

Występowanie białkomoczu po zmęczeniu fizycznem, dłuższem chodzeniu, bieganiu, po ćwiczeniach rekrutów, występowanie białkomoczu u kombatantów, stwierdzone tak często w czasie obecnej wojny, dało podstawę do wytworzenia pojęcia »zmęczenia nerek« i białkomoczu na tem tle powstałego. Równocześnie z tem w etyologii wojennego zapalenia nerek zaczęto doszukiwać się przyczyny tego schorzenia również w »zmęczeniu nerki«. Wobec tego jednak, że te postacie białkomoczu są zawsze sprawą przejściową i że nie dało się wykazać przejścia ich w rzeczywisty stan zapalny nerki, musimy t. zw. zmęczeniu nerki odmówić znaczenia czynnika, bezpośrednio wywołującego stan zapalny nerek, nie mogąc wykluczyć w tym wypadku działania usposabiającego przy równoczesnym wpływie czynnika innego, rozstrzygającego. Zmęczeniem nerki możemy natomiast wytłumaczyć stwierdzony tak przeważny procent piechoty w naszych przypadkach, jak i zależność występowania zapalenia nerek od długości pobytu żołnierza na froncie.

Między innemi przyczynami doszukiwano się źródła ostrego wojennego zapalenia nerek w działaniu trucizn czy to nieorganicznych, czy to organicznych. Powstanie ostrego zapalenia nerek odnoszono do zatrucia n. p. środkami przeciw wszom, przypuszczano szkodliwe działanie ołowiu, który wykazano w konserwach (Powell, White), dalej arsenu, antymonu i rtęci, wykrytej w wodzie do picia (wprawdzie w śladach) przez Mackenziego; we Francyi przypuszczano działanie chloru, znajdowanego w wodzie do picia wskutek t. zw. javellizacyi. Z trucizn nieorganicznych znowu przyjmowano niekorzystne działanie szczepień ochronnych, niekorzystny wpływ przeazotowanego odżywiania się, wreszcie powstanie zapalenia nerek tłumaczono teoryą awitaminoz. Zaprzeczyć wprawdzie nie możemy, że wszystkie te przyczyny mogą nerki usposobić do zadziałania przyczyny właściwej, tworząc w nerkach »punctum minoris resistentiae«, lecz nie mamy dowodów do przyjęcia tła tylko toksycznego dla całego obrazu wojennego zapalenia nerek. W poszczególnych przypadkach może środki odwszawiające i inne chemikalia wywołały rzeczywiście ostre zapalenie nerek, tego zaprzeczyć nie możemy. Szczepieniom ochronnym musimy jednak odmówić bezpośredniego wpływu etyologicznego na powstanie epidemii ostrego zapalenia nerek, wobec faktu, stwierdzonego tylokrotnie, że epidemia ta oszczędziła właśnie prawie zupełnie etapy i kadry, w których masowe szczepienia przeprowadzono tak samo energicznie, jak u żołnierza frontowego. Podstaw do przyjęcia teoryi awitaminoz przy powstaniu zapalenia nerek nie mamy dotychczas zupełnie, lecz współdziałania nie możemy wykluczyć.

Przejdźmy wreszcie do teoryi zakaźności ostrego zapalenia nerek, mającej najwięcej zwolenników, która powstanie ostrego zapalenia nerek odnosi do zakażenia drobnoustrojami, a opiera się ona głównie na doświadczeniu przedwojennem, wykazującem, że największa część przypadków ostrego zapalenia nerek (w czasie pokoju) ma swe źródło w zakażeniu drobnoustrojowem, czy to gronkowcami, czy to paciorkowcami lub też innymi drobnoustrojami. Z badań moich, przeprowadzonych w tej myśli, przypomnę, że badania krwi moich chorych nie doprowadziły do wyników dodatnich; podobnie, jak inni, we krwi moich chorych nie mogłem znaleźć żadnych drobnoustrojów, któreby można uważać za przyczynę stwierdzonego zapalenia nerek. Badania znowu moczu, uzyskanego przy cewnikowaniu moczowodów, wykazały wprawdzie n. p. w dwu przypadkach bakteryę okrężnicy, dwukrotnie dwoinki, zachowujące się na pożywkach jak dwoinki zapalenia płuc, częściej zaś gronkowce, im jednak nie mogłem przypisać większego znaczenia etyologicznego, bo w reszcie przypadków hodowla z moczu była znowu ujemna. Z badań obcych wspomnę o wynikach Klein-Pulaya, którzy przypisywali znaczenie etyologiczne prątkom okrężnicy, wykazanym w moczu; źródła zakażenia szukali oni przy tem w przewodzie pokarmowym, ku czemu skłania się również i Schottmüller. Pomijając badania Rostoskiego, który w przeważnej liczbie swoich przypadków miał w moczu znaleść prątki duru brzusznego i im przypisuje rozstrzygające znaczenie w etyologii ostrego zapalenia nerek żołnierzy. Salomon-Neveu w pewnej grupie przypadków znaleźli w moczu drobnoustroje w postaci krętków, morfologicznie podobnych do krętków żółtaczki krwotocznej (spirochaete ictero-haemorrhagica), wywołującej, jak wiadomo, obraz choroby Weila. Jeżeli jednak uwzględnimy całe szeregi przypadków, w których badanie bakteryologiczne moczu dało wyniki ujemne, lub w których wykazane drobnoustroje musiały być uważane za przypadkowe zanieczyszczenia, wtedy będziemy musieli zapatrywać się bardzo sceptycznie na znaczenie etyologiczne tak prątka okrężnicy, jak i krętka Salomon-Neveu, dwoinek przez nas wykazanych, a zwłaszcza prątków durowych, nie wykluczając, że w pewnej grupie przypadków mogły one działać rzeczywiście jako »agents provocateurs« sprawy chorobowej nerek; w tym razie jednak musimy pamiętać o tem, że z całą pewnością należy wykluczyć możność zanieczyszczenia z zewnątrz, zwłaszcza co do prątka okrężnicy, jak i z całą ścisłością wykazać, że dany drobnoustrój nie jest tylko pasorzytem nie chorobotwórczym, żyjącym w drogach moczowych. Mimo niepewnych, a właściwie ujemnych wyników pod względem bakteryologicznym, wobec doświadczeń nad zapaleniem nerek w czasie pokoju, musimy szukać choćby dowodów pośrednich, tak laboratoryjnych, jak i klinicznych lub anatomopatologicznych na potwierdzenie przypuszczalnego tła drobnoustrojowego obrazu wojennego zapalenia nerek. Tu na pierwszem miejscu postawiłbym wyniki badań Wallis Mackenziego. Autor ten, wstrzykując królikom małe dawki moczu lub krwi chorych na zapalenie nerek, stwierdził objawy chorobowe w osiem dni po wstrzyknięciu, a wnet potem i śmierć zwierzęcia, a przy badaniu pośmiertnem znajdował rozsiane ogniska zapalne, przedewszystkiem w nerkach. Dodaje on, że objawy chorobowe nie występowały po poprzedniem ogrzaniu moczu do 55° C., a przy dializacyi moczu uzyskany osad wywoływał objawy chorobowe w stopniu bardzo silnym, przy ujemnem działaniu przesączu. Dotychczas jednak brak nam potwierdzenia tych badań. Ze stanowiska klinicznego za etyologią drobnoustrojową przemawiałyby spostrzeżenia Ameuillea i Citrona, wykazujące, że w etapach znaczny procent zachorowań na zapalenie nerek wykazują przedewszystkiem pielęgniarze chorych, jakby na dowód zakaźności schorzenia; mój materyał nie popiera jednak tych spostrzeżeń.

W szeregu moich badań nad drobnoustrojową etyologią wojennego zapalenia nerek nie możemy pominąć faktu, podanego wyżej, o samoistnem wygasaniu epidemii ostrego zapalenia nerek w r. 1918. Przypomnieć muszę również o pewnej równoległości między największem nasileniem rocznem przypadków ostrego zapalenia nerek, a t. zw. sprawami z przeziębienia, jak płatowe zapalenie płuc, ostry nieżyt oskrzeli i t. d., to jest sprawami, niezbicie pochodzenia drobnoustrojowego.

Przy badaniu klinicznem zwracały na siebie uwagę pewne szczegóły, które przemawiały również za pochodzeniem drobnoustrojowem schorzenia. Już w wywiadach chorzy często podawali o świeżo przebytem lub też istniejącem jeszcze zapaleniu migdałków, co w licznych przypadkach mogliśmy potwierdzić przy następowem badaniu klinicznem. U 10% chorych w czasie badania znaleźliśmy jeszcze bolesny obrzęk gruczołów chłonnych na szyi na dowód sprawy migdałkowej, niewątpliwie pochodzenia drobnoustrojowego. Wskaźnikiem etyologii bakteryjnej będzie dla nas występowanie gorączki, którą stwierdziliśmy w 39·1% przypadków, i to pod postacią przeważnie krótkotrwałych wzniesień ciepłoty ciała, dochodzących nieraz i do 39° C. Zaostrzeniu sprawy chorobowej w nerkach w czasie pobytu chorych w szpitalu towarzyszyło prawie zawsze krócej lub dłużej trwające występowanie stanu gorączkowego, którego nie mogliśmy nieraz znaleźć w początkach spostrzegania. W 80% naszych przypadków wykazany ostry nieżyt oskrzelowy popiera również rozpoznanie etyologii drobnoustrojowej. Zmiany w sercu i w tętnicy głównej (i płucnej), stwierdzone w 70·6% przypadków, które omówiłem szczegółowo w I. części »Studyów do obrazu zapalenia nerek«, tłumaczyliśmy również pochodzeniem bakteryjnem, a oparliśmy się na analogii tych zmian ze zmianami, stwierdzonemi w schorzeniach innych, niewątpliwie drobnoustrojowych. Za tłem zakaźnem przemawia ostry obrzęk śledziony, który znaleźliśmy w 28% przypadków, chociaż częściowo musimy przyjąć powstanie jego poprzednie, prawdopodobnie pod wpływem licznie przeprowadzonych szczepień ochronnych. Równoczesny ostry obrzęk wątroby, stwierdzony przez nas u 51·8% chorych, odnieść musimy również do działania toksyn bakteryjnych, chociaż nie możemy stanowczo wykluczyć częściowo pochodzenia innego tych zmian.

(Dokończenie nastąpi).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 22. stycznia 1919.

(Dokończenie).

Dyskusya nad wykładem kol. Kuczewskiego: (O niezbędności wprowadzenia w Państwie polskiem ubezpieczenia społecznego) (dokończ.):

3) Kol. Blassberg kładzie nacisk na kolonie wiejskie, gdyż przy trudnem określeniu zaraźliwości i rokowania u chorych na gruźlicę, kolonie wiejskie miałyby cel leczyć chorych przy dawkowanej pracy, usuwałyby chorych z otoczenia zdrowych, nie rozwijałyby lenistwa wśród chorych, jak również nie obciążałyby zbytnio społeczeństwa, a stwarzałyby pracę produktywną, co ma doniosłe znaczenie, gdyż społeczeństwo nasze jest biedne.

4) Kol. Wojciechowski proponuje wybrać komisyę, złożoną z trzech członków, którąby wspólnie z prelegentem na podstawie jego referatu opracowała wniosek i przedstawiła go na następnem posiedzeniu Towarzystwa dla przedłożenia go Ministerstwu.

5) Kol. Kramarzyński podnosi, iż skuteczna walka z gruźlicą powinna być poparta walką z alkoholizmem.

6) Kol. prof. Rosner i Blassberg zgłaszają rezolucyę treści następującej: »Krakowskie Towarzystwo lekarskie na posiedzeniu 22. I. 1919 r. uchwaliło zwrócić się do Ministerstwa zdrowia publicznego z żądaniem szerokiego zajęcia się walką z gruźlicą w myśl memoryału Dr Kuczewskiego, złożonego w Ministerstwie zdrowia i Prezydyum Ministerstw. Walka ta oprzeć się powinna na ogólnem ubezpieczeniu społecznem oraz na ufundowaniu wszelkich z tem związanych organizacyi i zakładów.

7) Wreszcie w dyskusyi zabierają głos kol. Habicht, Kramarzyński i prelegent, który uważa kolonie wiejskie za bardzo ważny czynnik w walce z gruźlicą. Nie omówił tego szczegółowiej, gdyż powstawanie kolonii jest związane ze zdobyciem środków finansowych, a te można otrzymać tylko przez ubezpieczenie społeczne. Zaznacza, iż złożył memoryał w tej sprawie w Ministerstwie zdrowia i Prezydyum Ministerstw.

Rezolucyę kol. prof. Rosnera i Blassberga przyjęto jednogłośnie. Dr Czesław Karwowski, sekretarz doroczny.

Wiadomości bieżące.

— Prof. Dr Roman Nitsch z Krakowa został mianowany zwyczajnym profesorem mikrobiologii i serologii w Uniwersytecie warszawskim, a bezpłatny profesor Dr Franciszek Nowotny został mianowany nadzwyczajnym profesorem laryngologii, otyatryi i rynologii w Uniwersytecie krakowskim.

— Od 10. do 16. VIII. zaszło w Łodzi przypadków duru plamistego 10, brzusznego 12 († 3), czerwonki 49 († 11); mieszkań odkażono 646, odwszawiono 3127 osób.

— Od 3. do 16. VIII. zaszło w Krakowie przypadków duru plamistego 31 († 3), brzusznego 6 († 2), czerwonki 22 († 5); pojawiać się poczyna dur powrotny.

Zmarli: Dr Jan Bieliński, członek honorowy Towarzystwa lekarskiego warszawskiego w 84 r. ż., Dr Stanisław Rembieliński w 58 r. ż. w Warszawie, Dr Władysław Wojewódzki, lekarz powiatu włoszczowskiego, w 48 r. ż., Dr S. Pragier w 72 r. ż. w Krakowie.

Redakcya otrzymała: Janowski: Przyczyny powstania zaburzeń w czynności serca w świetle współczesnych poglądów fizyologicznych. (Nowiny lek.).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp. nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K ·15—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LVIII. Kraków, 6. września 1919. Nr. 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

PIĘĆDZIESIĘCIOLECIE ZJAZDÓW LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH.

Półwiekowa rocznica utworzenia Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich przypada w roku zjednoczenia Polski, oswobodzonej z niewoli. Staraniem Adryana Baranieckiego, pod przewodnictwem Józefa Majera, zebrał się pierwszy Zjazd w Krakowie 12 września 1869, właśnie lat temu pięćdziesiąt. Jak gdyby losy chciały przypomnieć, że twórcom tych Zjazdów przyświecała przedewszystkiem myśl o odzyskaniu wolności i zjednoczeniu Ojczyzny. Patrzeli oni daleko w przyszłość, mądrze przewidując, że dopóty oprzemy się przemocy i nie zginiemy, dopóki zdołamy własnemi siłami tworzyć kulturę i rozwijać naukę i dopóki, nie przerobieni na trojakich Polaków, pomimo rozdarcia ziem naszych będziem duchem jedni.

Najpiękniejszem uczczeniem rocznicy byłby niewątpliwie ogólny Zjazd, z rzędu dwunasty, w wolnej Polsce pierwszy, byłby bogaty plon naukowy, gdybyśmy się nim na Zjeździe mogli pochlubić. Ale dziś Zjazd odbyć się nie może i nawet nie powinien, jeśli nie ma tylko błyszczeć pozorami bez treści. Dopiero, gdy granice będą zabezpieczone przed wrogiem, a zastęp młodych badaczy złożyć będzie mógł szable i wrócić do swych pracowni, gdy znów zakipi praca w warstatach wiedzy, wtedy przyjdzie czas na naukowe dożynki.

Ale w dniu jubileuszowym niech przynajmniej skupią się myśli wszystkich polskich lekarzy i przyrodników w hołdzie wdzięczności i czci dla pamięci tych mężów, którzy budowali wśród nas duchowe podwaliny, aby odzyskany skarb wolności i zjednoczenia spoczął na nich silnie i niewzruszenie na wieki.

Ze szpitala załogi we Lwowie.

Studya do obrazu zapalenia nerek.

V.

W sprawie etyologii ostrego zapalenia nerek żołnierzy.

Podał

Prof. Dr Maryan Franke.

(Dokończenie).

Dalszych dowodów etyologicznych będziemy szukać w badaniu moczu. Dokładne zestawienie naszych przypadków ze względu na wynik badania moczu chorych pozwala przyjąć, że 42·1% przypadków przedstawiało obraz typowego ostrego kłębkowego zapalenia nerek (glomerulo-nephritis), a procent ten zwiększy się znacznie, jeżeli uwzględnimy jeszcze przypadki, które przybyły na oddział już w trzecim lub w czwartym tygodniu choroby lub też przebiegały bardzo przelotnie. U tych chorych brak było wprawdzie typowych znamion klinicznych, lecz przez analogię mogliśmy je zaliczyć również do powyższego typu schorzenia nerek. Wobec doświadczenia przedwojennego, które wykazało, że główną, a może jedyną przyczyną ostrego kłębkowego zapalenia nerek jest zakażenie drobnoustrojowe, trudno byłoby dla postaci wojennej doszukiwać się innego źródła etyologicznego.

Pozostaje sprawa badań anatomo-patologicznych. Na badaniu pośmiertnem naszych przypadków nie mogę się oprzeć z powodów odemnie nie zależnych, a przytoczę tylko wyniki obce, i to w pierwszym rzędzie uzyskane przez Jungmanna. Wykazały one w nerkach typowy obraz zapalenia kłębkowego nerek, identyczny z tym, który, jak on podaje, zwykliśmy spotykać tylko na tle zakażenia drobnoustrojowego; z narządów innych śledziona przedstawiała typowy ostry obrzęk zakaźny, a gruczoły chłonne tak jamy brzusznej, jak i śródpiersia, były w stanie ostrego zapalenia; w mięśniu sercowym i w wątrobie stwierdził Jungmann rozległe zwyrodnienie tłuszczowe. Na podstawie uzyskanych obrazów anatomo-patologicznych twierdzi on, że cały obraz odpowiada ogólnej ostrej sprawie zakaźnej, ze szczególnem zajęciem nerek. Odmienny nieco obraz podaje znowu Ameuille, który badał przypadki bardzo wczesnego zejścia śmiertelnego, tak, że w niektórych z nich makroskopowo i mikroskopowo nie mógł w nerkach wykazać żadnych zmian patologicznych mimo typowych objawów klinicznych zapalenia nerek. W przypadkach dłużej trwałych, a zmarłych również w krótki czas po zachorowaniu, wykazał Ameuille obrazy, odpowiadające zapaleniu nerek śródmiąższowemu (nephritis interstitialis), a w późniejszych dopiero zmiany w kłębkach i w cewkach nerkowych, więc obraz dobrze nam znany z czasów pokojowych. Z narządów innych wykazał on zmiany zapalne w mięśniu sercowym, w wątrobie i t. d. i utrzymuje, że obraz anatomo-patologiczny jego przypadków daje dowody na twierdzenie, że wojenne zapalenie nerek jest sprawą ogólną zakaźną ze szczególnem zajęciem nerek, więc zgodnie z zapatrywaniami przedewszystkiem Jungmanna. Nie przytaczam wyników badań innych autorów, bo one są mniej więcej podobne do powyższych.

Przechodząc do wniosków końcowych, opartych na przytoczonych wyżej rozpatrywaniach, możemy twierdzić, że ostre zapalenie nerek żołnierzy (właściwe), spostrzegane w obecnej wojnie, jest sprawą pochodzenia drobnoustrojowego; za tem przemawiają szczegóły epidemiologiczne, obraz kliniczny i anatomopatologiczny. Czynniki inne, jak rasa i narodowość lub wiek chorych, rodzaj broni, cały szereg czynników, zawartych w pojęciu przeziębienia, t. zw. zmęczenie nerek, a może i przewlekłe powolne zatrucie ciałami nieorganicznemi lub organicznemi przysposabiają tylko podłoże, na którem drobnoustroje mogą działać chorobotwórczo, szczególnie w miejscu najmniejszej odporności, to jest w nerkach i wywołać stan zapalny, najczęściej pod obrazem zapalenia kłębkowego.

Badania nasze, podobnie jak i innych, nie wystarczają do rozstrzygnięcia pytania o rodzaju drobnoustrojów i o wrotach zakażenia. Brak nam pewnych dowodów do przyjęcia, że któryś z drobnoustrojów, w moczu chorych wykazanych, był rzeczywiście chorobotwórczym. Tem mniej nie mamy prawa twierdzić, że wykazane drobnoustroje są przyczyną całej epidemii wojennego zapalenia nerek na wszystkich frontach. Brak nam również jakichśkolwiek podstaw do rozstrzygnięcia pytania, czy cały obraz chorobowy na wszystkich frontach jest sprawą bakteryo-

logicznie identyczną, czy też nie, a identycznem może było tylko podłoże, przygotowane wspólnymi stosunkami wojennymi do przyjęcia zakażenia. Dodam jeszcze, że bramy wejścia zakażenia szukano czy to w migdałkach, jamie ustnej, przewodzie pokarmowym, czy to w drogach oddechowych, moczowych lub skórze, lecz nie mamy niezbitych dowodów na rozstrzygnięcie tych rozmaitych zapatrywań. Ja sam jeszcze poprzednio stałem na stanowisku, że najważniejszą rolę grają tu migdałki i przewód pokarmowy, a może i drogi oddechowe. Nad tą sprawą nie zatrzymuję się dłużej, nie chcąc powtarzać dowodów, może nie zawsze dostatecznych, które przytoczyłem w rozprawce z r. 1916.

Sprawę zakaźności i przenośników zakażenia, jako niedojrzałą do stanowczego osądzenia, pozostawiam bez odpowiedzi, pamiętając jednak o spostrzeżeniach Citrona, wykazujących w etapach przewagę zachorowania u pielęgniarzy chorych, a przytaczanych na dowód zakaźności cierpienia.

Winniśmy wreszcie odpowiedzieć na pytanie, które postawiliśmy na początku pracy, gdzie leży przyczyna tej masowej epidemii zapalenia nerek w obecnej wojnie?

Wszystko przemawia za tem, że nie leży ona w samym czynniku chorobotwórczym bezpośrednim, to jest w drobnoustrojach, wywołujących zapalenie nerek, nie w jakiemś szczególnem »zakażeniu nefrotaktycznem«, lecz w podłożu, przygotowanem przez stosunki wojenne do przyjęcia odpowiedniego zakażenia. Obecna wojna, wytężająca wszystkie siły fizyczne żołnierza na froncie, jej długotrwałość, walka okopowa z tylu sposobnościami do t. zw. przeziębienia, powołanie pod broń ludzi starszych, obarczonych zmianami początkowej miażdżycy tętnic, często znowu ludzi fizycznie nie nadzwyczajnie rozwiniętych, wreszcie nieodpowiednie ogólne stosunki żywnościowe, to wszystko zdołało obniżyć ogólną odporność żołnierza i wytworzyć punkt najmniejszej odporności, zwłaszcza w nerkach na tle wyżej przytoczonych czynników. Zbyt fantazyjne byłoby przypuszczać istnienie szczególnego uczynnienia i wzmożonej zakaźności drobnoustrojów chorobotwórczych, wywołane nieokreślonymi bliżej stosunkami, powstałymi w czasie wojny, bo brak nam na to dowodów naukowych.

Piśmiennictwo. 1) Ameuille: Revue gen. de pat. de guerre. Nr. 5. — 2) Citron: Verh. d. deutsch. Kongr. f. inn. Med. in Warschau. 1916. — 3) Franke: a) Feldärztl. Blätter d. II. Armee. 1916. b) Przegl. lek. 1917. — 4) Hirsch: Verh. d. Kongr. f. inn. Med. in Warschau. 1916. — 5) Jungmann: a) Verh. d. Kongr. in Warschau. 1916. b) Z. f. kl. M. T. 84. — 6) Klein-Pulay: M. m. W. 1915. Nr. 41. — 7) Knack: Tow. lek. w Hamburgu. 1916. — 8) Lac Leod: cyt. wedł. Ameuille'a. — 9) Mackenzie: Revue gen. de pat. de guerre. Nr. 5. — 10) Matthes: Verh. Kongr. f. inn. Med. in Warschau. 1916. — 11) Pollitzer H.: Feldärztl. Blätter d. II. Armee. 1917. — 12) Powell White: Revue gen. de pat. de guerre. Nr. 5. — 13) Rostoski: Verh. d. Kongr. f. inn. Med. in Warschau. 1916. — 14) Salomon-Neveu: Revue gen. de pat. de guerre. Nr 5. — 15) Siegel: D. m. W. 1908. — 16) Schottmüller: cyt. wedł. H. Pollitzera.

Zasadnicza ustawa sanitarna

z d. 19. lipca 1919.

Art. 1. Nadzór zwierzchni nad wszystkiemi sprawami zdrowotnemi w państwie, oraz zwierzchnie kierownictwo spraw lekarskich należy do Ministerstwa zdrowia publicznego; — do tegoż Ministerstwa należy również prowadzenie wszystkich działów, dotyczących spraw zdrowotnych i higieny społecznej w Państwie, z wyjątkiem tych, które poddane zostały ustawowo kompetencyi innych Ministerstw. Piecza nad zdrowiem ludności i bezpośrednie wykonawstwo jest obowiązkiem ciał samorządowych w obrębie podległych im terytoryów pod nadzorem i opieką władz państwowych.

Art. 2. W szczególności kompetencyi Ministerstwa zdrowia publicznego podlegają następujące sprawy: 1. zwalczanie chorób w ogólności, a przedewszystkiem zakaźnych, zarówno ostrych, jak i przewlekłych (dezynfekcya, dezynsekcya, kąpiele ludowe, zakłady wyrobu surowic i szczepionek, pracownie bakteryologiczne, sprawy cmentarzy, domów przedpogrzebowych, przewożenie zwłok i t. p.); 2. szpitalnictwo, pielęgniarstwo, ratownictwo, przewożenie chorych, zakłady lecznicze publiczne i prywatne; 3. sanitarno-lekarska opieka nad dzieckiem i nad macierzyństwem; eugenika; 4. opieka lekarska nad psychicznie chorymi; współdziałanie w zwalczaniu alkoholizmu; 5. współdziałanie w sprawach lekarskiej opieki nad inwalidami i kalekami; współdziałanie w sprawach, związanych ze zjawiskami emigracyi ludności; 6. zdrojowiska i uzdrowiska; 7. sanitarno-lekarska walka z nierządem; 8. sprawy zaopatrywania w wodę i usuwanie wód zużytych, ochrona czystości powietrza, wody i gleby; 9. nadzór sanitarny nad środkami żywności i przedmiotami użytku, współdziałanie w sprawach odżywiania się ludności, zakłady badania produktów spożywczych; 10. higiena i inspekcya sanitarna mieszkań, sprawy osiedleńcze i mieszkaniowe; 11. higiena więzień, współdziałanie z Ministerstwem sprawiedliwości przy wydawaniu i wykonywaniu odpowiednich przepisów; 12. higiena zawodowa, sprawy higieny przemysłu, rzemiosł i komunikacyi lądowej i wodnej, współdziałanie w zakresie ubezpieczeń społecznych i ochrony pracy; 13. nadzór nad dopuszczeniem na rynek zbytu w Polsce środków leczniczych, surowic i szczepionek, oraz regulowanie ich produkcyi i sprzedaży; nadzór nad wyrobem i sprzedażą kosmetyków i farb, koncesyonowanie aptek, składów aptecznych i innych zakładów, trudniących się wyrobem i sprzedażą środków leczniczych; farmakopea i taksa aptekarska; sprawa hodowli i sprzedaży roślin leczniczych; 14. nadzór nad praktyką lekarską, sprawy Izb lekarskich, współdziałanie w sprawach studyów lekarskich; 15. nadzór nad personalem lekarskim pomocniczym, położne, felczerzy, dezynfektorzy, masażyści, pielęgniarze, sanitaryusze, nadzór sanitarny nad fryzyerami i golarzami; 16. szkolnictwo zawodowo-lekarskie średnie i niższe; 17. nadzór nad personalem farmaceutycznym, zrzeszenia aptekarskie, współdziałanie w sprawach studyów farmaceutycznych; 18. sprawy dentystyczne, technicy dentystyczni; 19. współdziałanie w sprawach sanitarno-weterynaryjnych; 20. sprawy sądowo-lekarskie, sprawy grzebania zmarłych; 21. sprawy stowarzyszeń lekarskich i higienicznych, sprawy Czerwonego Krzyża, oraz innych instytucyi o pokrewnych celach; prasa lekarska, sprawy popularyzacyi wiadomości z higieny, cenzura ogłoszeń, dotyczących działalności leczniczej i środków leczniczych; 22. popieranie związków, zakładów, fundacyi we wszystkich dziedzinach zdrowia publicznego; 23. statystyka lekarska; 24. wszelkie inne sprawy z działu policyi lekarskiej, policyi sanitarnej, higieny społecznej i medycyny sądowej, o ile nie należą do zakresu działania innych Ministerstw, lub w myśl art. 3 do zakresu działania ciał samorządowych.

Art. 3. Do obowiązków ciał samorządowych należy: 1. piecza nad czystością powietrza, gleby i wody, nad zaopatrzeniem ludności w wodę zdatną do picia i potrzeb gospodarczych, nad należytem usuwaniem wód zużytych i nieczystości i odprowadzeniem wód ściekowych; 2. piecza nad przestrzeganiem odpowiednich sanitarnych przepisów, obowiązujących przy budowie i przebudowie domów, przeznaczonych na mieszkania i wszelkie lokale użyteczności publicznej; 3. piecza nad należytem pomieszczeniem ludności w mieszkaniach i nadzór nad stanem zdrowotnym mieszkań; 4. piecza i nadzór nad osobistą czystością mieszkańców, ich mieszkań i otoczenia; 5. współdziałanie z władzami rządowemi przy zwalczaniu chorób zakaźnych i zapobieganiu im; 6. piecza nad zapewnieniem chorym należytej opieki lekarskiej i pomocy fachowej dla położnic, opieka nad psychicznie chorymi, zwalczanie alkoholizmu; 7. szczepienie ospy ochronnej; 8. współdziałanie z władzami rządowemi w zwalczaniu nierządu i chorób wenerycznych; 9. zakładanie i utrzymywanie gminnych kostnic i cmentarzy oraz czuwanie nad niemi; urządzanie i utrzymywanie grzebowisk; 10. oględziny zwłok; 11. współdziałanie z władzami rządowemi w sprawach nadzoru nad produktami spożywczymi, sposobem ich przechowywania i przyrządzania oraz ich sprzedażą; 12. zakładanie i utrzymywanie rzeźni; 13. nadzór nad przestrzeganiem wszelkich ustaw, przepisów i rozporządzeń sanitarnych; 14. przedkładanie sprawozdań sanitarnych państwowym władzom zdrowia publicznego, według ustanowionych wzorów. Szczegółowe ustawy określą prawa i obowiązki ciał samorządowych przewidziane w art. 3.

Art. 4. W myśl przepisów w art. 3 zawartych, zarządy komunalne winny wykonywać i utrzymywać we własnej administracyi niezbędne dla ich gmin urządzenia sanitarno-techniczne, zakładać i utrzymywać szpitale, przychodnie, przytułki, domy izolacyjne, kąpieliska i t. p., utrzymywać lekarzy sanitarnych akuszerki gminne, pielęgniarki, dezynfektorów i inny niezbędny personal służbowy, stosując się do przepisów i norm, wydanych przez Ministra zdrowia publicznego.

Art. 5. Na mocy decyzyi władzy nadzorczej zarządy komunalne w celu wykonania swych obowiązków, przewidzianych w art. 3 p. 1, mają prawo w myśl ogólnych przepisów o wy-

właszczeniu na cele publiczne, nabywania w drodze przymusowej za odpowiedniem odszkodowaniem, potrzebnych do wykonania przepisów niniejszej ustawy nieruchomości, źródeł wody wraz z potrzebną ilością otaczającego je terenu, jak również przeprowadzanie wód i ścieków przez cudze grunta.

Art. 6. Zarządy komunalne w celu wykonania obowiązków, przewidzianych w art. 3 punktach 2, 3 i 4, mają prawo zakazu zamieszkiwania w budowlach, wzniesionych także przed ogłoszeniem niniejszej ustawy, uznanych za szkodliwe dla zdrowia mieszkańców lub sąsiadów, aż do czasu dokonania odpowiednich, ściśle określonych przeróbek.

Art. 7. Wydatki, wynikające z art. 3, z wyjątkiem punktów 5, 7 i 8, dalej przepisów art. 4 i 5 niniejszej ustawy, obciążają w całości związki komunalne. W razie uchylenia się gminy od asygnowania niezbędnych sum na wydatki powyższe, odpowiednie sumy mogą być wprowadzone do budżetu gmin przez władze nadzorcze na wniosek Ministra zdrowia publicznego. Stosunek, w jakim Skarb Państwa weźmie udział w ponoszeniu niektórych wydatków, wynikających z art. 3, p. 5, 7 i 8, określą oddzielne ustawy.

Art. 8. W razie niewypełnienia przez zarząd komunalny obowiązków, wynikających z niniejszej ustawy, Ministrowi zdrowia publicznego, na wniosek odpowiednich urzędów, służyć będzie prawo wydelegowania swego przedstawiciela do gminy w celu przeprowadzenia w porozumieniu z władzami nadzorczemi na koszt gminy potrzebnych w tej dziedzinie zarządzeń. Władze administracyjne i policyjne obowiązane są nieść pomoc delegowanemu lekarzowi sanitarnemu we wszystkich jego zarządzeniach i czynnościach urzędowych.

Art. 9. W razach wyjątkowych te gminy, które wykażą, że ich stan finansowy nie pozwala na całkowite przeprowadzenie zarządzeń sanitarnych i technicznych, wynikających z przepisów niniejszej ustawy, mogą otrzymać odpowiednią pomoc ze skarbu Państwa za pośrednictwem Ministerstwa zdrowia publicznego.

Art. 10. Ministrowi zdrowia publicznego służy prawo ogłaszania rozporządzeń instrukcyi szczegółowych, wynikających z niniejszej ustawy; o ile jednak z rzeczonych rozporządzeń powstaćby mogły ciężary finansowe dla ciał samorządowych, rozporządzenia takie Minister zdrowia publicznego wydaje w porozumieniu z Ministrem spraw wewnętrznych.

Art. 11. Wykonanie niniejszej ustawy poleca się Ministrowi zdrowia publicznego.

(Dz. praw. P. P. z d. 5. VIII. 1919. Nr 63. — Monitor polski z d. 13. VIII. 1919. Nr 181).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 5. lutego 1919.

Przewodniczy kol. prezes Damski. Obecnych 26 członków.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Wybrano na członków Towarzystwa jednogłośnie kol. Tadeusza Tempkę i Jana Ziarko.

III. Kol. Bujak przedstawił przypadek **tężca przewlekłego z nawrotami** u 9-letniego dziecka. Pierwszy napad, który wystąpił bezpośrednio po zranieniu szkłem w nogę, ustąpił w krótkim czasie po zastosowaniu nardzeniowem surowicy przeciwtężcowej. Po kilku miesiącach nawrót tężca, znowu w podobny sposób i w tym samym czasie wyleczony. Wreszcie przy powtórnym nawrocie zastosowano śródkomorowo surowicę nieswoistą (przeciwpaciorkowcową), a wynik jej działania okazał się zupełnie podobny do działania surowicy swoistej. (Szczegóły mają być ogłoszone w osobnym artykule). (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Blassberg podnosi, że już oddawna klinicyści zaznaczają, iż działanie lecznicze surowicy przeciwtężcowej jest niepewne. Prawdopodobnem wydaje się przypuszczenie kol. Bujaka, że tężec okresowy pochodzi od utajonego ogniska bakteryjnego w ustroju, ale nie od zranienia szkłem. Dowodzi tego fakt powstania tężca bezpośrednio po skaleczeniu oraz drugi przypadek przytoczony z literatury przez kol. Bujaka, w którym stwierdzono obecność w mięśniach kilku odłamków granatu, zakażonych bakteryami tężca z następowymi objawami tężca okresowego. (Streszczenie własne).

IV. Kol. Rosenhauch przedstawia przypadek **wypadnięcia tęczówki** po operacyi zaćmy urazowej, **leczony operacyjnie** sposobem Khunta (plastyka spojówkowa). Sposób ten zapobiega zakażeniu i tworzy silną bliznę. W przypadku przedstawionym zabieg ten wyrównał nadto nieregularną niezborność rogówki, podnosząc bystrość wzroku z $^6/_{24}$ na $^6/_{12}$ po korekcyi szkłami sferycznemi. (Streszczenie własne).

Sekretarz doroczny: Dr Karwowski.

Posiedzenie w dniu 19. lutego 1919.

Przewodniczy kol. prezes Damski. Obecnych 37 członków.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Wybrano na członków Towarzystwa jednogłośnie kol. Aurelię Sikorską i kol. Alfreda Laskiewicza jun.

III. Kol. Radwańska przedstawia przypadek **nabłoniaka kosmówki**, tworzącego przerzuty w pochwie i płucach.

IV. Kol. prof. Lewkowicz wygłosił odczyt: **O swoistem leczeniu zapalenia opon nagminnego.**

Sekretarz doroczny: Dr Karwowski.

Wiadomości bieżące.

— Wydział lekarski Wszechnicy krakowskiej zorganizował na czas feryi letnich r. b. półrocze wakacyjne, aby umożebnić ukończenie studyów tym słuchaczom VII do X półrocza, którzy dotąd, służąc w wojsku, przebywali na froncie, a którym Ministerstwo spraw wojskowych udzieliło teraz za staraniem krakowskiego Wydziału lekarskiego urlopu lub czasowego zwolnienia od służby w celu uzupełnienia studyów lekarskich. Na to półrocze wakacyjne przybyło z różnych frontów przeszło 100 słuchaczy, a zamiast używać wywczasów, zrezygnowała z urlopów i wakacyi znaczna część profesorów, docentów, asystentów, a nawet służba zakładów i klinik i stanęli do pracy, aby ułatwić ukończenie studyów tym, którzy na to ułatwienie prawdziwie zasłużyli. W chwili obecnej odbywają się następujące wykłady i ćwiczenia: Prof. Dr Ciechanowski: Wybrane rozdziały z anatomii patologicznej. Prof. Dr Nitsch: Ćwiczenia z bakteryologii. Kurs z bakteryologii i hygieny dla rygorozantów. Prof. Dr Łazarski: Farmakologia i receptura. Prof. Dr Jaworski i doc. Dr Nowaczyński: Klinika medyczna z demonstracyami chorych i wykładem patologii i terapii szczegółowej. Prof. Dr Latkowski: Ćwiczenia w badaniu fizycznem chorych wraz z wykładem o naukowych podstawach jego. Doc. Dr Nowaczyński: Ćwiczenia w mikroskopii i chemii klinicznej. Doc. Dr Mayer: Radyologia kliniczna. Doc. Dr Bujak: Klinika chorób dziecięcych. Prof. Dr Piltz i Doc. Dr Borowiecki: Klinika chorób nerwowych i umysłowych. Dr Hładij: Klinika chirurgiczna. Dr Michejda: Kurs operacyjny i dyagnostyka chirurgiczna. Prof. Dr Rosner: Wykłady kliniczne z położnictwa i ginekologii. Doc. Dr Józef Jaworski: Wykłady z terapii ogólnej chorób kobiecych oraz zajęcia praktyczne z dyagnostyki chorób kobiecych. Prof. Dr Majewski: Patologia i terapia chorób oczu. Prof. Dr Baurowicz: Klinika chorób krtani, tchawicy, gardła, nosa. Prof. Dr Nowotny: Klinika chorób uszu. Prof. Dr Wachholz i prof. Dr Horoszkiewicz: Medycyna sądowa.

— We wskrzeszonym Uniwersytecie wileńskim, który rozpoczyna swą czynność z początkiem października, a którego pierwszym rektorem został mianowany znakomity zoolog, prof. Dr Michał Siedlecki z Krakowa, mają być, jak się dowiadujemy, wprowadzone wykłady anatomii człowieka. Wykłady mają być tymczasowo powierzone Dr Aleksandrowiczowi, b. asystentowi katedry anatomii w uniwersytecie krakowskim.

— Szpitalnictwo b. Galicyi oraz wszystkie agendy sanitarne Wydziału krajowego objęło z d. 1. września 1919 Ministerstwo zdrowia publicznego. W tym celu zjechał z Warszawy do Lwowa wiceminister Dr Chodźko w towarzystwie naczelnika Wydziału szpitalnictwa, Dr T. Borzęckiego i kilku urzędników. Uroczyste oddanie agend Wydziału krajowego Ministerstwu odbyło się 30. sierpnia o godz. 11 rano w gmachu sejmowym we Lwowie. Ze Lwowa udała się komisya ministeryalna w pokrewnych sprawach do Krakowa.

— Przejęcie krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie pod bezpośredni zarząd Ministerstwa zdrowia publicznego odbyło się 1. IX. Aktu tego dokonał z ramienia Ministerstwa kierownik Ekspozytury Okręgowego Urzędu zdrowia Dr Momidłowski, ze strony zaś kraju prezes Komitetu administracyjnego szpitala prof. Dr Łazarski, kierownik lekarski prym. Dr Witaliński i zarządca p. Pierożyński.

— Niezmiernie bolesnym dla ogółu lekarzy polskich jest fakt, że znalazło się kilku lekarzy, którzy przy poborze do wojska polskiego dopuszczali się nadużyć i przekupstwa. Dotąd mieli lekarze polscy prawo być dumni z tego, że zawsze służyli gorliwie i uczciwie krajowi; można więc być pewnym, że na ohydę przekupstwa oddziałają należycie i nie ścierpią w swych szeregach wyrzutków, którzy okryli się hańbą i wstyd przynoszą naszemu zawodowi.

— Z powodu zaszłych w b. Królestwie polskiem wypadków uchylania się lekarzy od powinności wojskowych, wdrożyło Ministerstwo spraw wewnętrznych przeciw tym lekarzom postępowanie karne, o czem zawiadomiło Ministerstwo zdrowia publicznego z prośbą o pouczenie lekarzy, aby zastosowywali się zawsze do rozporządzeń władz wojskowych celem uniknięcia odpowiedzialności.

— Coraz częściej podnoszą się głosy, nawet w prasie codziennej, zarzucające lekarzom »lichwę«. Wynagrodzenia, żądane przez lekarzy, uważane są za zbyt wysokie, »paskarskie«, nikt zaś nie liczy się z tem, że przy dziesięciokrotnem albo i większem podrożeniu żywności, odzieży i wszelkich artykułów pierwszej potrzeby powinnyby i wynagrodzenia lekarzy wzrosnąć proporcyonalnie, w rzeczywistości zaś tak znacznie nie wzrosły. Zapewne zdarzają się niekiedy nadmierne żądania; przeciwko tym wystąpi jednak we własnym interesie ogół lekarski. Powinien on jednak wystąpić także z obroną przeciw niesłusznemu zarzutowi lichwy, na który nie zasłużył.

Redakcya otrzymała: Doc. Dr Józef Jaworski: Organizacya pomocy położniczej. Warszawa 1919. (Wydawn. Ministerstwa zdrowia publ.).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w sierpniu 1919:

Gazeta lekarska Nr 33.—35.: Semerau: Znaczenie kliniczne migotania przedsionków (33—34). — Janowski: W sprawie niektórych uzupełnień, potrzebnych na Wydziałach lekarskich polskich (33). — Rozenfeld: Przypadek niezwykłego przyspieszenia oddechu na tle nerwicy urazowej (34). — Nisenson: Wojna, a choroby zakaźne w Warszawie (34). — Dzierzgowski: W sprawie surowic leczniczych (35). — Szelągowski: Zajęcie opon mózgowordzeniowych w przebiegu grypy (35). — Higier: Sprawa wskazań do sztucznego poronienia w dziedzinie chorób nerwowych i umysłowych (35).

Zdrowie Zesz. 6.: (za czerwiec): Bruner: Zasady organizacyi walki z toczniem. — Z. 7. (za lipiec): Zadębowski: Uregulowanie rozrodczości.

Nowiny lekarskie Nr 2. (wyd. w czerwcu): Dziembowski (senior): Patogeneza znużenia. — W. Janowski: Przyczyny powstania zaburzeń w czynności serca w świetle współczesnych poglądów fizyologicznych. — Z. Dziembowski: Badanie sprawności nerek przy zachorzeniach jednostronnych. — Pręgowski: Przypadek wyleczenia przed 10 laty z postaci urojeniowej otępienia wczesnego. — Dziembowski (sen.): Folliculitis streptococcica faucium.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 37. Kraków, 13. września 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28 Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·—, półrocznie 30·—, kwartalnie K 15·—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K.

Rok LVIII. Kraków, 13 września 1919. Nr. 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Rzadka postać powierzchownego zapalenia rogówki.

Napisał

Radca Dr Teodor Bałłaban,

prymaryusz szpitala ocznego Wojsk Polskich we Lwowie.

W ostatnich latach miałem sposobność obserwować trzy przypadki niezwykłej postaci powierzchownego zapalenia rogówki, z której opisem — o ile się mogłem rozpatrzeć w literaturze —, nigdzie się nie spotkałem.

Pierwszy ze spostrzeganych przypadków opiszę szczegółowo. J. M., 27 lat liczący kandydat adwokacki, zgłosił się do mnie w maju r. 1917, skarżąc się na przykre i stale męczące uczucie obcego ciała, pieczenie i na łzawienie oka prawego. Objawy te, trwające z przerwami już od kilku tygodni, spotęgowały się bardzo znacznie w dniach ostatnich. Przedmiotowo dało się wykazać lekkie rozsiane nastrzykanie spojówek, załamka powiekowego i spojówki gałkowej, przyczem nie było nastrzykania rzęskowego. Pomimo bardzo dokładnego badania nie mogłem wykazać żadnych zmian na rogówce. Zakraplanie rozczynu cynku i stosowanie zimna nie spowodowało żadnego polepszenia. Po upływie ośmiu dni przeprowadziłem u chorego ponowne bardzo dokładne badanie.

Badając gałkę oczną, zwróconą ku górze, wziernikiem wklęsłym o szkle powiększającem (+ 10 D) udało mi się wykryć na rogówce całkiem niezwykłą zmianę, usadowioną w dolnej połowie i nieco na wewnątrz od prostopadłego południka rogówki; a mianowicie uwydatniały się na czerwonem tle dna oka bardzo drobniutkie punkciki. Punkciki te, odbijające czarno od czerwonego tła dna oka, zmieniały przy nagłym obrocie zwierciadła swą ciemną postać, przyczem jaśniej przeświecały naprzemian od brzegu i od środka. Znalazłszy w ten sposób siedlisko choroby, mogłem już teraz zmiany te spostrzedz także przy bocznem oświetleniu i przy pomocy lupy. I tak na przestrzeni nie większej jak około 2 mm znajdowała się grupa bardzo malutkich, ciemnych pęcherzyków, usadowionych w nabłonku, albo tuż pod nabłonkiem rogówki. U brzegu pęcherzyków był nabłonek lekko zmętniały, zaś zajęta część rogówki była ledwie dostrzegalnie szorstkawa. Z wyjątkiem tej 2 mm przestrzeni, do której ograniczał się proces chorobowy, czucie na rogówce było w całości zachowane i nie było żadnych objawów zapalnych. Przy dalszem badaniu mogłem obecnię wykazać również ledwie dostrzegalne nastrzykanie rzęskowe, odpowiadające schorzałemu odcinkowi rogówki, przyczem jednak siatka brzeżna pętli naczyniowych nie była rozszerzona.

Wywiady wykazały, że badany przed 3 laty zachorował na kiłę, przyczem przebył bardzo uporczywą wysypkę skórną. Odbył dwukrotne leczenie przeciwkiłowe, za każdym razem po 30 wcierań czterogramowych i dwa razy leczenie salwarsanem. W międzyczasie zażywał przez dłuższy czas jod.

Celem leczenia powyższych zmian przepisałem 10% maść ortoformową, którą wkładałem dwa razy dziennie do worka spojówkowego, z następowem lekkiem miesieniem oka i opaską. Prócz tego zastosowałem bardzo energiczne leczenie przeciwkiłowe. Po upływie ośmiu dni oko zostało zupełnie wyleczone, i to bez pozostawienia najmniejszych zmian na rogówce.

Pouczony tem doświadczeniem, mogłem następnie u dwóch innych młodych mężczyzn już z łatwością stwierdzić te same zmiany na rogówce. Obaj przechodzili kiłę, jeden przed rokiem, drugi przed dwoma laty. Za każdym razem jednak musiałem najpierw przy pomocy wklęsłego wziernika ze szkłem powiększającem ustalić siedlisko choroby, a następnie dopiero mogłem spostrzedz te zmiany także przy bocznem oświetleniu i przy pomocy lupy. U jednego z tych chorych zmiany te były jednostronne, u drugiego występowały na obu oczach. Obraz kliniczny był jednaki, przyczem dała się zawsze wykazać nieprawidłowa, krągława grupa nabłonkowych pęcherzyków. Po zastosowaniu leczenia przeciwkiłowego i miejscowego leczenia maścią ortoformową oraz opaski, zmiany te znikały bez śladu w przeciągu 14 dni.

W trzech tych przypadkach były na rogówce zawsze jednakie zmiany, usadowione w komórkach podstawnych nabłonka albo w obrębie błony Bowmana, przyczem kanaliki nerwowe prawdopodobnie rozszerzają się przez płyn surowiczy. Zmiany te przebiegają z prawie niewidzialnymi objawami przedmiotowymi i nieco silniejszymi podmiotowymi.

Są one do pewnego stopnia podobne do zmian, jakie spostrzegamy przy szczątkowem drzewkowatem zapaleniu rogówki (keratitis dendritica) lub też przy spokrewnionych z niem opryszczkach na rogówce (herpes corneae). Różnica pomiędzy temi obiema chorobami, a pomiędzy zmianami na rogówce powyżej opisanemi, uwydatnia się jednak bardzo wyraźnie. Pęcherzyki znajdowane przy drzewkowatem zapaleniu rogówki mają układ drzewkowaty, zaś pęcherzyki przy opryszczkach rogówki są większe i wyraźne, przyczem w obydwu tych chorobach mętnieje bardzo rychło przybrzeżny nabłonek i sam miąższ schorzałej rogówki.

W przypadkach przezemnie opisanych nie było natomiast zupełnie tych zmian, a nabłonek nie łuszczył się. Prócz tego różniczkowo należy podnieść jeszcze tę okoliczność, że tak przy drzewkowatem zapaleniu, jak też przy opryszczkach rogówki pojawiają się jeszcze zboczenia w czuciu rogówki, a prócz tego przy opryszczkach na rogówce występuje także ciężka rwa rzęskowa.

Co się tyczy etyologii nowej tej postaci zapalenia rogówki, to przyczyny jej powstania we wszystkich opisanych trzech przypadkach szukać należy w świeżej i niewyleczonej kile. Jeżeli przyjmiemy, że sprawa chorobowa jest usadowiona w komórkach podstawnych nabłonka, to przyczyny jej powstania na rogówce szukać należy w zwyrodnieniu komórek podstawnych wskutek zaburzenia w odżywianiu i w pęcherzykowatem ich napęcznieniu.

Jeżeli zaś siedlisko choroby znajduje się w samej błonie Bowmana, co też najbardziej przemawia do przekonania, to zmiany chorobowe dotyczą wprost pierwotnych włókienek nerwowych. To powoduje nagromadzenie się płynu w samych kanalikach nerwowych lub też w miejscu ich wyjścia, względnie pomiędzy błoną Bowmana, a pomiędzy podstawnemi komórkami nabłonka.

W każdym razie jest w takich przypadkach wskazane miejsce schorzałe rogówki przezornie zeskrobać i w ten sposób uzyskany materyał poddać badaniu anatomicznemu.

Nie podlega wątpliwości, że zmiany powyżej opisane nie są żadnym charakterystycznym objawem, któryby przemawiał na pewno za kiłowem zapaleniem rogówki. Przez dokładne badanie wszystkich przypadków świeżej kiły i równoczesne uwzględnianie przy nich tak częstych skarg na dolegliwości spojówkowe da się z czasem z pewnością dokładnie ustalić cały obraz chorobowy i istotę tych zmian, do czego w znacznej mierze przyczynić się może przeprowadzenie badań patologicznoanatomicznych.

Ustawa z dnia 19. lipca 1919 r. o przymusowem szczepieniu ochronnem przeciwko ospie.

Art. 1. W Państwie Polskiem wszystkich mieszkańców obowiązuje przymusowe szczepienie ochronne przeciwko ospie.

Art. 2. Przymusowemu szczepieniu ochronnemu przeciwko ospie podlegają: a) pierwszemu — wszystkie dzieci nowonarodzone, przyczem szczepienie u nich dokonane być powinno przed upływem pierwszego roku życia; b) powtórnemu — wszystkie wogóle dzieci w 7. roku życia; zwolnione od szczepienia mogą być tylko te dzieci, które w ciągu ostatnich pięciu lat przed terminem ich urzędowego powtórnego szczepienia miały zaszczepioną ospę ochronną z wynikiem dodatnim, wreszcie te dzieci, dla których szczepienie ochronne przeciwko ospie według opinii lekarza urzędowego byłoby bezwzględnie szkodliwe dla zdrowia. Szczepienie ochronne u dzieci zwolnionych od szczepienia we wskazanym terminie winno być odłożone do następnego terminu szczepienia; c) wszystkie wogóle osoby, które wskutek jakichkolwiek przyczyn nie były jeszcze przeciw ospie zaszczepione, lub nie przeszły powtórnego szczepienia przeciwko ospie, a to w myśl ustępu b) niniejszego artykułu.

Art. 3. Szczepienie ochronne przeciwko ospie w terminach urzędowych odbywa się bezpłatnie. Świadectwo o skutecznem przyjęciu się ospy wydaje się bez poboru jakichkolwiekbądź opłat. Przymusowe szczepienie ochronne przeciw ospie winno odbywać się zwyczajnie dwa razy do roku; miejsca i zwyczajne terminy dorocznych szczepień wyznacza Ministerstwo zdrowia publicznego. W razie niebezpieczeństwa epidemii ospy może lekarz powiatowy zarządzić szczepienie z konieczności, któremu podlegają wszyscy mieszkańcy danej gminy lub części gminy.

Art. 4. Wydatki, wynikające z wykonania przepisów art. 3, obciążają Skarb Państwa. Niefachowego pomocniczego personalu służbowego oraz pomieszczenia z odpowiedniem oświetleniem, względnie opałem, do przeprowadzenia szczepienia dostarcza gmina.

Art. 5. Nadzór nad prawidłowością szczepień ochronnych przeciwko ospie należy do lekarza powiatowego.

Art. 6. Władze komunalne obowiązane są sporządzać corocznie dokładne listy imienne osób, podlegających szczepieniu ospy. Sposób i terminy sporządzania list określi Minister zdrowia publicznego w drodze rozporządzenia.

Art. 7. Ministerstwo zdrowia publicznego zakłada w miarę potrzeby instytuty państwowe do wyrobu szczepionki przeciwospowej. Do szczepień ochronnych przeciwko ospie wolno używać tylko szczepionki z państwowego instytutu szczepienia ospy lub jego składów, albo też z takich zakładów, które uzyskały od Ministerstwa zdrowia publicznego prawo wyrobu i sprzedaży szczepionki w obrębie Państwa Polskiego.

Art. 8. Rodzice, opiekunowie i wogóle osoby, do których należy opieka nad dziećmi, podlegającemi szczepieniu (art. 9), odpowiedzialni są za to, aby dzieci te w przepisanych terminach były zaszczepione. Dzieci nieszczepionych nie wolno przyjmować do szkół lub innych zakładów naukowych lub wychowawczych. Przeszkadzanie poddaniu się innych osób szczepieniu ochronnemu lub namawianie ich do uchylenia się od szczepienia podlega karze (art. 9).

Art. 9. Przekroczenia przepisów niniejszej ustawy lub rozporządzeń, wydanych na jej podstawie, o ile czyn karygodny nie podlega ukaraniu w myśl ogólnych postanowień karnych, względnie w myśl ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych, będą karane w drodze administracyjnej grzywnami do 200 złp. lub aresztem do 14 dni, a w razie popełnienia przekroczenia przez funkcyonaryuszów publicznych — według właściwych przepisów dyscyplinarnych.

Art. 10. Wprowadzenie w wykonanie niniejszej ustawy poleca się Ministrowi zdrowia publicznego.

(Dz. praw P. P. z d. 5. VIII. 1919. Nr 63. — Monitor polski z d. 13. VIII. 1919. Nr 181).

Ustawa z dnia 25 lipca 1919 roku w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych, oraz innych chorób występujących nagminnie.

Art. 1. W myśl art. 2 punktu 1 Zasadniczej Ustawy sanitarnej, sprawy zwalczania chorób zakaźnych, oraz innych chorób, występujących nagminnie, należą do kompetencyi Ministerstwa zdrowia publicznego. W sprawach tych wszystkie inne Ministerstwa winny porozumiewać się z Ministerstwem zdrowia publicznego, wypełniać wydane zgodnie z niniejszą ustawą zarządzenia, oraz ułatwiać mu kontrolę nad wykonaniem tych zarządzeń. Związki komunalne i gminy obowiązane są współdziałać z władzami Ministerstwa zdrowia publicznego, działając pod ich kontrolą samodzielnie w myśl przepisów niniejszej ustawy.

Art. 2. O każdym przypadku zachorowania lub śmierci na wyliczone w art. 3 choroby, jak również o każdym przypadku, wzbudzającym podejrzenie co do którejkolwiek z nich, należy niezwłocznie zawiadomić właściwe władze komunalne, w pierwszym rzędzie ich urzędy sanitarne. Jeżeli na miejscu urzędów sanitarnych niema, zawiadomienie skierowane być winno do zarządu komunalnego bezpośrednio, względnie za pośrednictwem odpowiednich jego funkcyonaryuszów. Jeżeli chory uzyska od miejscowych władz sanitarnych pozwolenie na zmianę mieszkania lub miejsca pobytu, należy w terminie 24 godzin zawiadomić właściwe władze sanitarne o miejscu nowego pobytu.

Art. 3. Obowiązkowi zgłaszania, zgodnie z art. 2, podlegają następujące choroby: a) ostre choroby zakaźne, a mianowicie: 1) dżuma (pestis), 2) ospa naturalna (variola, variolois), 3) cholera azyatycka (cholera asiatica), 4) dur brzuszny i rzekomy (typhus abdominalis et paratyphus), 5) dur plamisty (typhus exanthematicus), 6) dur powrotny (typhus recurrens), 7) czerwonka (dysenteria), 8) płonica (scarlatina), 9) błonica (diphtheria), 10) nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (meningitis cerebro-spinalis epidemica), 11) odra (morbilli), 12) róża (erysipelas), 13) krztusiec, czyli koklusz (pertussis), 14) zimnica (malaria), 15) zakażenie połogowe (sepsis puerperalis); b) przewlekłe choroby zakaźne, a mianowicie: 1) trąd (lepra), 2) gruźlica w przypadkach niebezpiecznych dla otoczenia, a zresztą w myśl oddzielnej ustawy (tuberculosis), 3) jaglica, czyli egipskie zapalenie oczu (trachoma) w myśl oddzielnej ustawy; c) ostre i przewlekłe choroby odzwierzęce, a mianowicie: 1) wąglik (anthrax), 2) nosacizna (malleus), 3) włośnica (trichinosis), 4) wodowstręt (rabies), w tem ukąszenia przez zwierzęta chore na wodowstręt czyli wściekliznę lub podejrzane o tę chorobę; d) występujące masowo zatrucia: jadami mięsnymi i rybimi (botulismus), chemikaliami i t. p.

Art. 4. Jeżeli inne choroby, nie wymienione w artykule 3, występują w kraju w takich rozmiarach lub przy takich objawach, że szerzenie się ich może być uznane za niebezpieczne, Minister zdrowia publicznego władny jest rozciągnąć na nie obowiązek zgłoszenia na oznaczony przeciąg czasu, nie przekraczający 6 miesięcy. Prawo to służy również lekarzom powiatowym w porozumieniu z właściwą władzą administracyjną na terenie powiatu lub jego części i na czas, nie przekraczający miesiąca, po którego upływie takie zarządzenie traci moc obowiązującą, o ile go nie zatwierdzi Minister zdrowia publicznego.

Art. 5. Obowiązek zgłoszenia obciąża: 1) lekarza wezwanego dla porady, 2) kierowników zakładów leczniczych i położniczych, 3) dezynfektorów i dozorców sanitarnych, 4) każdą osobę, zajmującą się dozorem lub pielęgnowaniem chorych (akuszerkę, felczera, pielęgniarzy), 5) głowę rodziny lub osobę, na której pieczy znajduje się chory, 6) gospodarza mieszkania lub zastępującą tegoż osobę, właściciela, administratora lub rządcę majątku lub domu, 7) przełożonych wszelkich zakładów naukowych, wychowawczych i dobroczynnych, 8) kierowników wszelkich zakładów przemysłowych i handlowych, fabryk, warsztatów, statków parowych, tratew i t. p., jak również hotelów, pokojów umeblowanych, zajazdów i gospód, kierowników robót gromadnych (rolnych, leśnych, ziemnych i t. p.), 9) urzędników i funkcyonaryuszy urzędów bezpieczeństwa publicznego, 10) osoby kompetentne z urzędu, wykonujące sekcyę lub oględziny zwłok, 11) lekarzy weterynaryi, o ile podczas wykonywania swego zawodu powezmą świadomość o zarażeniu się ludzi wąglikiem lub nosacizną, albo o przypadku wodowstrętu, 12) wreszcie każdego, kto miał bezpośrednią styczność z chorym i wiedział, iż rozmyślnie władz sanitarnych o danym wypadku choroby nie zawiadomiono. Obowiązek zgłoszenia obciąża osoby, wyszczególnione w wyliczeniu powyższem, w kolejnym porządku wyliczenia; na osobach, wymienionych w punktach od 4—12, ciąży obowiązek zgłoszenia jedynie w braku osób, wymienionych w punktach 1, 2 i 3.

Art. 6. Zgłoszenia należy uskuteczniać na piśmie lub w razie niemożności piśmiennego zgłoszenia, — ustnie; zgłoszenia w drodze pocztowej w przepisanej formie i telegraficznej wolne są od opłat.

Art. 7. Lekarze komunalni lub w wyjątkowych wypadkach z ich upoważnienia i w ich zastępstwie sanitaryusze, jako funkcyonaryusze miejscowych urzędów sanitarnych, w razie powzięcia

uzasadnionego podejrzenia co do wypadku chorób, przewidzianych w art. 3 w pp. 1—12 włącznie działu a), w p. 1 działu b), w pp. 1, 2 i 4 działu c), mają prawo dokonywania oględzin podejrzanych o zakażenie osobników w mieszkaniach, oraz samych mieszkań, gdzie ci ukrywali się lub ukrywają.

Art. 8. Komunalne władze sanitarne po otrzymaniu zgłoszenia winny niezwłocznie zarządzić dochodzenie celem ustalenia rozpoznania choroby i jej pochodzenia; równocześnie te same władze sanitarne, a w razie ich braku na miejscu zarządy komunalne, podają natychmiast otrzymane zgłoszenia do wiadomości właściwego lekarza powiatowego. Prowadzący dochodzenie miejscowy lekarz komunalny ma prawo wstępu do chorego, ewentualnie oględzin zwłok, oraz obowiązek przedsięwzięcia wszelkich badań, potrzebnych do ustalenia rozpoznania choroby i źródeł jej pochodzenia; lekarz ordynujący może być obecny przy badaniu osoby, którą leczył, jak również i przy sekcyi zwłok.

Art. 9. Ogólny nadzór nad dochodzeniem ma lekarz powiatowy. Gdzie niema miejscowego lekarza komunalnego, lekarz powiatowy lub jego zastępca, wyznaczony w tym celu bądź doraźnie, bądź w charakterze lekarza epidemicznego, dokonywa całego dochodzenia. W razach nagłych, gdy zwłoka grozi niebezpieczeństwem, o ile niema lekarza powiatowego lub odpowiedniego zastępcy, każdy lekarz na podstawie dodatniego wyniku dochodzenia, względnie uzasadnionego podejrzenia co do istnienia choroby zakaźnej, przewidzianej w art. 3 w pp. 1—12 włącznie w dziale a), w p. 1 działu b), w pp. 1, 2 i 4 działu c), wyda na miejscu najkonieczniejsze zarządzenia, zapobiegające szerzeniu się choroby, a o treści tych zarządzeń powiadomi niezwłocznie na piśmie miejscowe zarządy komunalne i lekarza powiatowego.

Art. 10. Po ustaleniu rozpoznania choroby zakaźnej, względnie wobec uzasadnionego podejrzenia o jej istnieniu, władze komunalne winny bezzwłocznie zarządzić środki zapobiegawcze, wskazane przez lekarza, prowadzącego dochodzenie i pod jego kontrolą; w razie niespełnienia powyższych wskazówek w oznaczonym przez lekarza terminie, lekarz powiatowy lub jego zastępca mają prawo wykonać niezbędne zarządzenia w porozumieniu z odpowiedniemi władzami administracyjnemi.

Art. 11. W razie ustalenia w obrębie miasta lub gminy jednej z chorób, wyszczególnionych w art. 3 w pp. od 1—12 włącznie w dziale a), w p. 1 działu b), wreszcie w pp. 1, 2 i 4 działu c), władze administracyjne na żądanie władz sanitarnych mają prawo: 1) wzbraniać wstępu do wszelkich pomieszczeń, uznanych za zakażone, do czasu ich odkażenia, oraz w sposób widoczny odpowiednio je oznaczyć; 2) obostrzyć przepisy o meldowaniu mieszkańców, oraz zarządzić odosobnienie chorego lub podejrzanego o chorobę, wreszcie osób, które były w styczności z nim, jako roznosicieli zarazków, na miejscu ich pobytu lub w zakładach, do tego przeznaczonych, przez czasowe usunięcie mieszkańców z ich mieszkań; przewożenie chorych lub podejrzanych o choroby zakaźne, wskazane w art. 3 w pp. od 1—12 włącznie dział a), w p. 1 dział b) i pp. 2, 3 i 4 dz. c), ma być uskuteczniane zapomocą specyalnych wozów; w razie użycia wozów zwyczajnych winny być one przed oddaniem ich do użytku ogólnego poddane ścisłej dezynfekcyi i dezynsekcyi; 3) zastosować czasowy nadzór z częściowem lub całkowitem wykluczeniem od zajęć publicznych lub prywatnych nad nosicielami zarazków, oraz innemi osobami, które były w styczności z chorymi lub przybyły z miejscowości, dotkniętych epidemią, oraz w razie niezbędnej potrzeby zarządzić przymusowe leczenie; 4) zarządzić przymusowe oczyszczanie osób, odkażenie pod dozorem organów urzędowych pomieszczeń, oraz przedmiotów zakażonych lub podejrzanych o zakażenie, oraz zniszczenie przedmiotów, które nie mogą być odkażone bez ich zniszczenia, jak również takich, których wartość jest mniejsza od kosztów ich wyjałowienia, wreszcie przymusowe leczenie lub wytępienie zwierząt, roznoszących zarazki; tępienie zwierząt, roznoszących zarazki, dopuszczalne jest również w celach zapobiegawczych; 5) w wyjątkowych wypadkach, gdy grozi niezwykłe niebezpieczeństwo, zarządzić czasowe ograniczenie komunikacyi miejscowej, oraz czasowe wzbronienie handlu obnośnego i zarobków wędrownych; 6) zarządzić w miejscowościach zarażonych lub znajdujących się w warunkach, sprzyjających zarażeniu, zamknięcie zakładów handlowych, przemysłowych i pracowni, których prowadzenie pociąga za sobą szczególne niebezpieczeństwo roznoszenia tych chorób wśród osób, zatrudnionych w przemyśle i wśród publiczności; 7) zarządzić czasowe ograniczenie obrotu i używalności przedmiotów, mogących być rozsadnikami zarazków, a w tej liczbie i artykułów spożywczych, w szczególności wody, pochodzącej z określonego miejsca, lub zgoła zabronić ich używania. Zakazu takiego nie można jednak stosować do używania wody w celu wytwarzania siły poruszającej w urządzeniach komunikacyjnych i przemysłowych, o ile woda ta nie będzie służyła do picia i użytku domowego. Natomiast zakaz zastosowany być może do używania wody w celu wyrobu i rozsprzedaży środków żywności, oraz przedmiotów zbytku; 8) ograniczyć używanie publicznych zakładów kąpielowych, pralni i ustępów publicznych lub zupełnie zabronić ich używania, zarządzając jednocześnie inne odpowiednie środki konieczne dla zastąpienia tych urządzeń w celu zapobieżenia szerzeniu się chorób zakaźnych; 9) zabronić czasowo odbywania targów, jarmarków, odpustów, pielgrzymek, widowisk publicznych i wszelkich innych zgromadzeń publicznych, oraz wzbronić uczęszczania do szkół.

Art. 12. W celu skutecznego zwalczania chorób zakaźnych, podlegających obowiązkowemu zgłaszaniu, Minister zdrowia publicznego ma prawo zarządzenia szczepień ochronnych; przepisy o szczepieniu ochronnem przeciwko ospie objęte są oddzielną ustawą.

Art. 13. Władze państwowe i komunalne obowiązane są udzielać wszelkiej pomocy przy wykonywaniu zarządzeń, wydanych na zasadzie niniejszej ustawy.

Art. 14. Osoby odosobnione przymusowo w myśl art. 11 otrzymują na koszt gminy całkowite utrzymanie; gminy mają prawo żądania zwrotu poniesionych wskutek tego kosztów od osób odosobnionych, względnie obowiązanych do ich utrzymania; koszta, których ściągnięcie będzie niewykonalne w ciągu roku, zwróci gminie Skarb Państwa. Osoby niezamożne, którym zarządzenia, wydane w myśl niniejszej ustawy, przeszkodziły w zarobkowaniu dłużej niż przez dni 3, mają prawo do otrzymania od Państwa odszkodowania. Odszkodowanie to wynosić będzie 60% przyjętej w odnośnym okręgu płacy dziennej zwyczajnych robotników niewykwalifikowanych, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia; wysokość płacy dziennej oznaczona będzie według ustawy o ubezpieczeniu społecznem. Do czasu wydania ustawy o ubezpieczeniu społecznem wysokość odszkodowania obliczona będzie w drodze rozporządzenia Ministra zdrowia publicznego w porozumieniu z Ministrem pracy według przeciętnego zarobku dziennego robotnika niewykwalifikowanego w każdej poszczególnej miejscowości i będzie odpowiadać 60% tego zarobku.

Art. 15. Kto poniósł szkody i straty wskutek odkażania lub zniszczenia należących do niego przedmiotów, ma prawo do żądania odpowiedniego odszkodowania od gminy; Skarb Państwa zwraca gminie poniesione na skutek powyższego koszta w wysokości 50%; w przypadkach, zasługujących na uwzględnienie, Ministerstwu zdrowia publicznego przysługuje prawo przyznania wyższego odszkodowania; żądanie wypłaty odszkodowania przedawnia się z upływem terminu trzymiesięcznego od daty zwrotu przedmiotów odkażonych lub zawiadomienia o ich zniszczeniu; za przedmioty, będące własnością państwa, lub publicznego funduszu, zarządzanego przez państwo, nie uiszcza się odszkodowania. Wysokość odszkodowania określają rzeczoznawcy, powoływani corocznie przez zarządy komunalne.

Art. 16. Osoby, działające wbrew przepisom niniejszej ustawy, tracą tem samem prawo do odszkodowań w myśl art. 14 i 15.

Art. 17. Lekarzom i innym osobom, zatrudnionym częściowo lub stale przy zwalczaniu chorób zakaźnych, w myśl przepisów niniejszej ustawy, należy się od państwa, w razie utraty przez nich zdolności do zarobkowania wskutek zarażenia się, a w razie ich śmierci z tej samej przyczyny ich rodzinom, stałe zaopatrzenie w postaci emerytury. Emerytura dla lekarza, względnie zaopatrzenie rodziny, po nim pozostałej, wymierza się w wysokości, ustanowionej dla emerytur urzędników państwowych VIII klasy płac; dla innych osób emerytury, względnie zaopatrzenia dla rodziny, oznaczone będą według przepisów, obowiązujących dla pokrewnych kategoryi funkcyonaryuszów państwowych; kategorye te oznaczy Ministerstwo zdrowia publicznego w porozumieniu z Ministerstwem skarbu. Przy przyznawaniu emerytury i zaopatrzenia oraz pośmiertnego w wysokości 3-miesięcznej pensyi, jaka była wzięta za podstawę dla wymiaru emerytury w myśl ustępu 2-go, przestrzegać należy ogólnych przepisów emerytalnych dla funkcyonaryuszów państwowych. Jeżeli lekarzowi lub innej osobie, zajętej przy zwalczaniu chorób zakaźnych lub pozostałej po nich rodzinie należy się według innych przepisów na podstawie stosunku służbowego emerytura, względnie zaopatrzenie mniejsze, aniżeli według niniejszych przepisów, wówczas uzupełnia się je do wysokości, w ust. 2 i 3 artykułu niniejszego podanej. Przepisy niniejszego artykułu nie mają zastosowania, jeżeli osoby, zatrudnione przy zwalczaniu chorób zakaźnych, nabyły według innych przepisów

z tytułu swego stosunku służbowego prawo do emerytury, względnie zaopatrzenia, dorównywujących wysokości, określonej w ustępie 2 i 3 lub ją przewyższającej. O ile przepisów emerytalnych nie da się zastosować, Minister zdrowia publicznego może w miarę uznania w podobnych przypadkach przyznawać jednorazowe odszkodowanie, względnie zwrot kosztów leczenia lub wyjątkowo zaopatrzenie na określony okres czasu.

Art. 18. Odosobnienie lub czasowe wykluczenie od zajęć nie może służyć za powód do wydalenia ze służby rządowej, komunalnej, społecznej lub prywatnej.

Art. 19. Zarządy komunalne w całości ponoszą koszty: 1) utrzymania wszelkich na ich terenie urządzeń, koniecznych do walki z chorobami zakaźnemi, zakładów sanitarnych i leczniczych, o ile one powstały dla ich potrzeb miejscowych, z własnej ich inicyatywy lub na żądanie odpowiednich urzędów Ministerstwa zdrowia publicznego, zgodnie z art. 20 i działają pod zarządem władz gminnych, 2) leczenia w każdym wypadku, gdy chodzi o mieszkańca danej gminy, zgodnie z odpowiednimi przepisami i ustawami ogólnopaństwowemi, mającego prawo do bezpłatnej opieki lekarskiej z jej strony; koszta nadzoru, odosobnienia i utrzymania chorych oraz nadzoru, odosobnienia i utrzymania podejrzanych o zarażenie lub nosicieli zarazków pokrywa gmina w myśl art. 14.

Art. 20. Zarządy komunalne obowiązane są na żądanie Ministerstwa zdrowia publicznego zakładać wszelkie, konieczne na ich terenie do walki z chorobami zakaźnemi urządzenia, zakłady sanitarne i lecznicze, o ile one powstają dla ich potrzeb miejscowych, a nie dla celów ogólno-państwowych; w ostatnim wypadku gmina ma prawo żądać od Skarbu Państwa zwrotu poniesionych wydatków najmniej w wysokości 50%. Zarządy gmin miejskich w miastach, liczących więcej, niż 25.000 ludności, obowiązane są posiadać własne zakłady lecznicze (szpitale) dla chorych zakaźnych, domy izolacyjne i zakłady dezynfekcyjne.

Art. 21. Wszystkie inne koszty, wynikające z wykonania postanowień niniejszej ustawy, ponosi Skarb Państwa w całości.

Art. 22. Zarządy gmin mają prawo za dokonane na koszt gminy czynności, wyszczególnione w niniejszej ustawie, pobierać opłatę według taksy, zatwierdzonej przez Ministra zdrowia publicznego w porozumieniu z Ministrem spraw wewnętrznych.

Art. 23. O ile zarządy gminne, nie spełniające obowiązków, wynikających z niniejszej ustawy, Państwo będzie zmuszone podjąć odpowiednie zarządzenia, gminy te obowiązane będą zwrócić Skarbowi Państwa poniesione w tym celu koszty.

Art. 24. Sposoby i warunki stosowania poszczególnych zarządzeń zapobiegawczych w przypadkach różnych chorób zakaźnych oraz wszystkie inne zarządzenia co do wprowadzenia w życie i stosowania niniejszej ustawy określi osobne rozporządzenie Ministra zdrowia publicznego. Minister zdrowia publicznego ma prawo w porozumieniu z Ministrem spraw wewnętrznych wydawać w miarę potrzeby czasowe, dalej idące szczególne zarządzenia, w razie niezwykle groźnego lub nagminnego wybuchu chorób zakaźnych, wyszczególnionych w art. 3 w pp. 1—10 włącznie w dziale a). Sprawa zwalczania chorób zakaźnych w miejscowościach pogranicznych będzie uregulowana w związku z odpowiedniemi umowami międzynarodowemi.

Art. 25. Przekroczenia przepisów niniejszej ustawy lub rozporządzeń, na jej podstawie wydanych, o ile czyn karygodny nie podlega ukaraniu w myśl ogólnych postanowień karnych, będą karane w drodze administracyjnej grzywnami do 1000 złp. lub aresztem do 3 miesięcy; kara pieniężna i kara aresztu mogą być zastosowane jednocześnie.

Art. 26. Odwołania od orzeczeń i zarządzeń, wydanych na podstawie niniejszej ustawy lub rozporządzeń wykonawczych, nie mają mocy wstrzymującej; przepis powyższy nie dotyczy orzeczeń karnych.

Art. 27. Jeżeli przechowywanie pewnych przedmiotów lub ich używanie stanowi pogwałcenie lub obejście jakiegokolwiek przepisu niniejszej ustawy lub też wydanego na jej podstawie zarządzenia, powołane do tego sanitarne władze mogą przedmioty te konfiskować; konfiskata przedmiotów, w myśl poprzedniego ustępu, nie jest zależną od wdrożenia postępowania karnego, ani od orzeczenia kary.

Art. 28. Z wejściem w życie niniejszej ustawy tracą moc obowiązującą wszystkie dotychczasowe przepisy i dekrety, które dotyczą spraw, unormowanych tą ustawą.

Art. 29. Wykonanie niniejszej ustawy poleca się Ministrowi zdrowia publicznego.

(Dz. Ustaw Rzpltej Polskiej z dnia 20. VIII. 1919 r. Nr. 67. — Monitor polski z d. 25. VIII. Nr 190).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28
Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2.
Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K 15·—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K.

Rok LVIII. Kraków, 20 września 1919. Nr. 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Kliniki chorób dziecięcych i Szpitala fortecznego V.

Przypadek wyleczenia ropnia mózgowego i ogólnego gronkowcowego zapalenia opon, jako następstw po ranie postrzałowej czaszki, przez stosowanie szczepionki swoistej.

Podał

Prof. Dr Ksawery Lewkowicz.

(Według wykładu z pokazem chorego na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 9. lipca 1919).

Jednem z najbardziej groźnych powikłań przy ranach postrzałowych czaszki jest niewątpliwie zapalenie ropne opon, gdyż kończy się — poza niesłychanie wyjątkowymi przypadkami, nie wchodzącymi praktycznie w rachubę — prawie bezwarunkowo śmiertelnie.

Powikłanie to pojawia się z reguły wcześnie, w okresie gojenia się rany. Prócz tego znane są jednak przypadki rozwijające się późno, nawet w miesiące po zabliźnieniu się rany. Punktem wyjścia ropienia musi tu być oczywiście tkanka mózgowa uszkodzona, wśród której widocznie po zabliźnieniu mikroby ropotwórcze mogą przetrwać, nie wywołując na razie większych objawów odczynowych i dopiero, gdy zajdą jakieś zmiany ogólne, czy miejscowe, podnoszące jadowitość mikrobów, czy też obniżające odporność organizmu, ropienie rozpoczyna się na nowo.

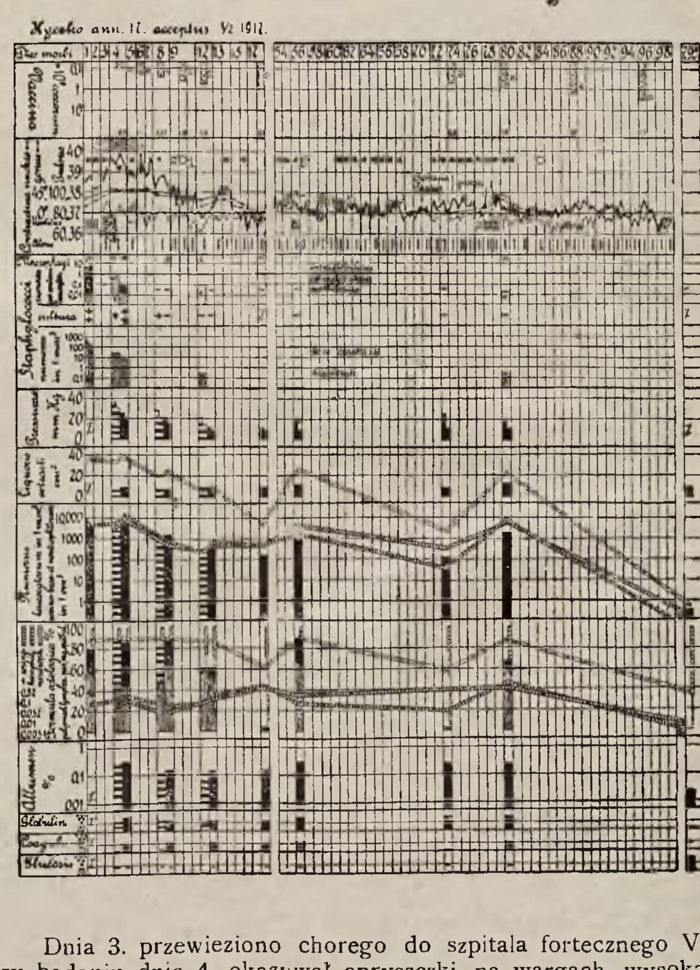
Także te późne zapalenia tkanki mózgowej i opon są prawie bezwzględnie śmiertelne. Leczenie, stosowane ogólnie w takich przypadkach polega na zabiegu chirurgicznym, mającym odprowadzić ropę na zewnątrz, co jednak niezawsze jest łatwe i niezawsze też prowadzi do celu, a połączone być musi z nowem uszkodzeniem mózgu.

Wobec tego przypadek, którego opis podaję, zasługuje na uwagę, gdyż może posłużyć za wskazówkę, jakby należało postępować w przypadkach podobnych. Oczywiście nie mam wcale zamiaru przez to twierdzić, że leczenie szczepionką będzie miało zawsze w przypadkach zbliżonych do naszego wynik korzystny; sądzę przeciwnie, że do tego konieczne są szczególne warunki, mianowicie pewne już przed wybuchem choroby osiągnięte uodpornienie czynne organizmu przeciw zakażeniu, a przedewszystkiem przebieg skłonny do zwolnień i nie zbyt gwałtowny, gdyż przy przebiegu ostrym chory ginie wcześniej, nim zapomocą szczepionki uda nam się osiągnąć jakiekolwiek uodpornienie czynne i oddziałać w ten sposób na chorobę.

H. J., legionista lat 17, raniony został w okolicy Lublina dnia 4. października 1916 w głowę postrzałem karabinowym. Z pierwszego czasu aż do grudnia niema historyi choroby, a także od chorego nic dowiedzieć się nie można, gdyż był wtedy nieprzytomny. Dnia 25. grudnia został przewieziony do Krakowa i dostał się do szpitala załogi, a następnie do szpitala fortecznego III.

Rana była wtedy zupełnie wygojona; na szczycie czaszki stwierdzało się po stronie lewej bliznę na 12 cm długą, na 3 cm szeroką, przebiegającą jakie 3 cm od linii środkowej, równolegle do niej, w środkowej części zaciągniętą, tętniącą. W głębi można było wyczuć brak kostnego stropu czaszki na 10 cm długi, 2 cm szeroki. Uszkodzenie mózgu zdradzało się niedowładem kurczowym połowiczym prawostronnym, dotyczącym częściowo także nerwu twarzowego, oraz częściową niemotą ruchową. Ogólny stan chorego był dobry.

Dnia 30. stycznia 1917 rano — który to dzień przyjęto jako pierwszy dzień choroby — wystąpiły nagle objawy oponowe: bóle głowy, wymioty, gorączka, kurczowe drgania w lewej połowie twarzy, znaczne upośledzenie samopoczucia, przeczulica bólowa, zatrzymanie moczu; sztywność karku była zaznaczona, objaw Kerniga dodatni, przytomność zachowana. Płyn mózgowordzeniowy, otrzymany zapomocą nakłucia lędźwiowego, okazywał znaczną przymieszkę ropy i zawierał gronkowce złociste (patrz tablicę).*)



Dnia 3. przewieziono chorego do szpitala fortecznego V, Przy badaniu dnia 4. okazywał opryszczki na wargach, wysoką gorączkę (mierzenie in ano), znaczne zamroczenie przytomności, bóle głowy, sztywność karku 50°, objaw Kerniga po lewej 50°, objaw karkowy i łonowy Brudzińskiego wybitnie dodatnie. Niskie tętno wahające się około 80, nie odpowiadające zatem wysokiej ciepłocie, przemawiało za wzmożeniem ciśnienia śródczaszkowego. Na to samo wskazywało zachowanie się blizny: była ona nieco

*) Co do objaśnień znaków tablicy patrz moje artykuły o leczeniu swoistem nagminnego zapalenia opon, Przegląd lek. II. doniesienie. 1917 Nr 45. i III. doniesienie. 1919 Nr 16—18.

wypuklona, mało tętniąca, przytem była wyraźnie bolesna przy obmacywaniu.

Objawy te utrzymywały się do dnia 7. na równi, potem — przy leczeniu szczepionką — zaczęły opadać i ustąpiły zupełnie do dnia 18. Równocześnie stwierdzono cofnięcie się ropienia badaniem płynu mózgowordzeniowego.

Następnie między dniem 18. a 53. chory ma się podmiotowo zupełnie dobrze, chodzi, jest wesoły, ciepłota jest prawidłowa, tętno podnosi się i waha się między 80 a 100.

Od dnia 54. pojawiły się znowu bóle głowy, stany podgorączkowe; dnia 56. dołączyły się do tego kilkakrotne wymioty, lekka sztywność karku, objaw Kerniga, ślad objawu karkowego Brudzińskiego; blizna była znów tkliwa. Objawy te do dnia 60. ustąpiły, usposobienie poprawiło się, ale stany podgorączkowe utrzymywały się w dalszym ciągu, potem pojawiły się znowu bóle głowy, najprzód słabe, następnie silniejsze, przyczem od 70. dnia mowa stawała się coraz mniej wyraźna, zakres ruchów prawej kończyny górnej mniejszy, a blizna na głowie była znów zaczerwieniona, tkliwa i mniej tętniła.

Od dnia 77. bardzo silne bóle głowy, wymioty i inne objawy oponowe, które osiągają szczyt dnia 80., poczem znów opadają i do dnia 87. ustępują zupełnie. Także blizna przybiera wejrzenie prawidłowe, a stan ogólny i usposobienie stają się zupełnie dobre.

Od tego czasu upłynęło przeszło dwa lata, w czasie których nie było najmniejszych objawów, mogących świadczyć za utrzymaniem się — choćby w śladach — zapalenia w tkance mózgowej lub oponach. Za wyleczeniem zupełnem przemawia także wynik badania płynu mózgowordzeniowego z dnia 295. Płyn okazuje wprawdzie pewne nieznaczne zboczenia, zależne prawdopodobnie od pewnych trwałych zmian w komorach i oponach miękkich i od stykania się komór z blizną, mianowicie pewną ilość ciałek wielojądrzastych, neutrofilnych »ciałek wędrujących« (0·20%), nieco większą ilość białka, ślad globulin; poza tem jednak przedstawia się prawidłowo, przedewszystkiem zaś ilość ogólna ciałek białych jest w nim bardzo mała (0·3 w 1 mm³), niema w nim eozynofilów ani bazofilów, a to wszystko dostatecznie pewnie świadczy, że sprawa zapalna i zakaźna w sąsiedztwie komór ostatecznie wygasła.

Chodziło więc w tym przypadku o ropienie, które rozwinęło się w mózgu prawie w 4 miesiące po postrzale czaszki, kiedy rana była już od jakich dwóch miesięcy zupełnie zabliźniona. Ropień otwierał się od czasu do czasu do komór mózgowych i wtedy rozwijały się objawy ropnego, gronkowcowego zapalenia opon. Takich napadów zapalenia opon spostrzegano trzy, pierwszy z najsilniejszymi objawami klinicznymi od 1. do 18. dnia, drugi od 53. do 59. dnia najsłabszy, co należy odnieść do utrzymującego się jeszcze po pierwszej seryi wstrzyknięć szczepionki częściowego uodpornienia, i wreszcie trzeci od 73. do 86. dnia choroby z średnio ciężkimi objawami oponowymi.

Samo zapalenie opon nie przedstawiało się na ogół zbytnio ciężko, co tłumaczyć należy w ten sposób, że ustrój, mając długi czas zarazki ropne w bliźnie, mógł sobie wyrobić pewną swoistą odporność. Widzimy więc:

1) że nawet w początkach sprawy oponowej (dnia 1.) gronkowców jest mało, później jeszcze mniej, albo nawet nie stwierdza się ich wcale, przynajmniej przy badaniu tylko płynu rdzeniowego;

2) że nawet w początkach przeważają gronkowce zwyrodniałe, nadtrawione, potem zaś widzi się wyłącznie tylko zwyrodniałe; znajduje się je wtedy często, albo, jak w dniach 12. i 80., wyłącznie w nabłonkach;

3) że hodowla nawet w początkach jest skąpa, później wypada ujemnie;

4) że ropienie w komorach i oponach nie jest zbyt obfite i czyto pod wpływem szczepionki (pierwszy i trzeci napad), czy też samoistnie (drugi napad), łatwo się cofa;

5) że towarzyszy mu od początku pokaźna eozynofilia i bazofilia, a są to zjawiska wiążące się niewątpliwie z czynną odpornością. Zauważyć przytem należy, że eozynofilia i bazofilia względna, wyrażone w tablicy procentowo we wzorze cytologicznym, osiągają szczyt, jak się zdaje pod wpływem szczepionki, dnia 18. (0·35% eozynofilów, 0·37% bazofilów) i dnia 80. (0·33% eozynofilów, 0·47% bazofilów), ale także bezwzględne ilości eozynofilów i bazofilów w 1 cm³ płynu są wtedy stosunkowo znaczne (p. tablicę), i to mimo, że dnia 18. ogólna ilość ciałek białych w 1 mm³ płynu znacznie opadła, a ropienie prawie zupełnie się cofnęło (3·7% neutrofilów), a dnia 80. ropienie nie było zbyt obfite (67% neutrofilów), a ilość ogólna ciałek białych nie zbyt znaczna (około 2000 w 1 mm³).

Mimo tych korzystnych okoliczności nie było, jak sądzę, żadnych widoków, aby sprawa mogła się była cofnąć i dojść do wyleczenia samoistnie. Za dowód może posłużyć drugi napad zapalenia opon, pozostawiony rozmyślnie bez leczenia szczepionką. Widzimy, że mimo cofnięcia się ropienia w oponach i ustąpienia objawów oponowych:

1) stan podgorączkowy utrzymuje się dalej;

2) pojawiają się bóle głowy, początkowo słabe, potem silniejsze;

3) blizna znów jest zaczerwieniona, wypuklona, tkliwa, mniej tętni;

4) a co najważniejsza, że mowa staje się mniej wyraźna, a niedowład kończyny górnej prawej silniejszy.

Wszystko to objawy świadczące, że sprawa niszczenia mózgu skutkiem ropienia postępowała. I sprawa ta byłaby niewątpliwie doprowadziła do katastrofy, gdybyśmy jej nie byli powstrzymali przez energiczne uodparnianie swoiste. Po przebyciu nowego napadu zapalenia opon, zależnego znów od przebicia zbierającego się poprzednio ropnia do komór około dnia 77. następuje szybko zwrot korzystny i wyleczenie.

Leczenie polegało przy pierwszym i trzecim napadzie zapalenia opon na wstrzykiwaniu podskórnem szczepionki, otrzymanej z gronkowca złocistego wyhodowanego z płynu mózgowordzeniowego chorego. Wstrzykiwano za każdym razem w kilku (10—24) miejscach na brzuchu i na klatce piersiowej. Przy pierwszym napadzie stosowano, jak zaznaczono na tablicy, dawki małe od 0·1—0·6 miliarda ziarenkowców, początkowo co dwa dni. Przy trzecim napadzie rozpoczęto od dawki 0·5 miliarda, wstrzykiwano początkowo w odstępach około tygodniowych, potem dłuższych; dawki podnoszono za każdym razem o 50—100% dawki poprzedzającej. Ostatnie wstrzyknięcie dawki 20 miliardów wykonano w 169. dniu choroby. Wyraźniejszych odczynów ogólnych po wstrzyknięciach nie było z wyjątkiem ostatniego wstrzyknięcia, po którem tego samego dnia ciepłota podniosła się do 37·8° (in ano).

Leczenie błonicy surowicą swoistą.

Podał

Dr W. Puławski (Radziejów).

W ciągu roku 1917 spostrzegałem 16 przypadków błonicy, leczonej surowicą; wśród nich jeden śmiertelny, co czyni 6% śmiertelności. Przypadki grupowały się, jak następuje: 1) angina przypadków 6; 2) laryngitis 4; 3) angina c. laryngitide 6, czyli przypadków krtaniowych razem 10, t. j. 62·4% liczby ogólnej. Ponieważ jeden z nich miał zejście śmiertelne, więc dały one 10% śmiertelności.

W r. 1918 spostrzegałem 15 przypadków błonicy, leczonej surowicą swoistą; nie dały one ani jednego zejścia śmiertelnego. Natomiast wszystkie były powikłane objawami krtaniowymi, a mianowicie: 1) laryngitis przypadków 8; 2) angina c. laryngitide 7. Ten zbieg okoliczności jestem skłonny przypisać temu, że z powodu drożyzny środków aptecznych udawano się o poradę lekarską tylko wtedy, gdy zdawało się grozić większe niebezpieczeństwo wobec objawów krupowych.

Zestawiając dane liczbowe z ubiegłych dwóch lat z otrzymanemi poprzednio, można ułożyć tablicę następującą:

Rok	Ogólna ilość przypadków	Ilość przypadków śmiertelnych	Śmiertelność ich w %	Ilość przypadków krtaniowych	Dto w %	Śmiertelność ich w %
1917	16	1	6	10	62,5	10
1918	15	0	0	15	100	0
1917+1918	31	1	3	25	80,6	4
1895—1916	963	53	5,5	544	56,5	9,7
1895—1918	**994**	54	**5,4**	**569**	57,2	**9,5**

Dalszy przyczynek. Patrz: »Przegląd lekarski« 1917. Nr 35—37.

Wszystkie te 31 przypadków grupowały się, jak następuje:

I. Co do płci: chłopców 14; dziewcząt 17.

II. Co do wieku:

od 0 do roku = 1	od 5 do 6 lat = 2
» 1 » 2 lat = 7	» 6 » 7 » = 1
» 2 » 3 » = 4	» 7 » 8 » = 2
» 3 » 4 » = 5	» 8 » 9 » = 2
» 4 » 5 » = 7	

III. Co do dnia choroby, w którym surowica była wstrzyknięta:

A) Wszystkie przypadki wogóle.	B) Przypadki krtaniowe.
1 — 4	1 — 4
2 — 8	2 — 9
3 — 13	3 — 11
4 — 4	4 — 1
5 — 1	
7 — 1	

IV. Co do ilości wstrzykniętej surowicy:

2000 j. ochr. — 24
3000 » » — 1
4000 » » — 6

V. Co do objętości wstrzykniętej surowicy:

6,8 cm³ — 4	12 cm³ — 1
8 » — 9	16 » — 3
9 » — 3	18 » — 1
10 » — 8	20 » — 2

VI. Co do wielokrotności dawek:

Jednorazowo 25
Dwukrotnie 6

VII. Co do objawów posurowiczych:

Wysypkę posurowiczą spostrzegałem w siedmiu przypadkach (22%) pod postacią pokrzywki, która występowała pomiędzy 7. a 11. dniem po wstrzyknięciu 3000 i 4000 jedn. ochr. w objętościach od 12 cm³ do 20 cm³. Była ona wędrującą po skórze, swędzącą i trwała z przerwami jeden do 3 dni.

VIII. Co do przypadku śmiertelnego.

Z. Szym., lat $4^3/_4$, córeczka wyrobnicy, wątła, niedokrwista, źle odżywiona. Zachorowała przy objawach obustronnych nalotów błoniczych w gardle z niską ciepłotą i przy umiarkowanie powiększonych i stwardniałych gruczołach szyjnych. Leczono ją środkami domowymi, dopiero gdy objawy krupowe zaczęły się wzmagać, postanowiono ją leczyć wobec widocznego duszenia się dziecka. Było to siódmego dnia choroby, a w czwartym dniu objawów krupowych; wstrzyknięto 2000 jedn. ochr., powtarzając na drugi dzień tę samą dawkę bez skutku. Na trzeci dzień nastąpiła śmierć.

IX. Co do reinjekcyi.

Dziewczynka, lat $3^1/_2$, dobrej budowy i odżywiania, piątego dnia trwających objawów błonicy gardła, a na trzeci dzień krupu krtani otrzymała podskórnie 2000 jedn. ochr. w objętości 9 cm³ surowicy z pracowni Warsz. Tow. Nauk. Skutek dodatni szybki bez objawów posurowiczych. Taż sama dziewczynka w 1916, mając $1^3/_4$ roku, z powodu objawów błonicy gardła i krupu krtani otrzymała w dwóch dawkach na 3. i 4. dzień choroby 4000 jedn. ochr. w objętości 19 cm³ surowicy W. T. N. Skutek dodatni był szybki z następczą pokrzywką na 9. i 10. dnia po wstrzyknięciu. Był to 89. przypadek kolejny reinjekcyi, spostrzeganych przezemnie.

Ta minimalna ilość przypadków błonicy, występującej sporadycznie o charakterze mało złośliwym, miała w drugiej połowie roku 1918 współistniejącą epidemię odry, występującą nader licznie również o charakterze łagodniejszym z nader małą śmiertelnością, dotyczącą jedynie dzieci poniżej lat trzech.

Dane, dotyczące duru plamistego, podałem w referacie, wygłoszonym na »Zjeździe w sprawie higieny małych miast i wsi« d. 21.—23. września 1918 w Warszawie. (Patrz »Pamiętnik« tegoż Zjazdu).

Co do grypy, zwanej hiszpańską, to zaczęła się ona zjawiać u nas już w czerwcu 1918, z początku w bardzo łagodnej postaci nieżytowooskrzelowej, trwającej nie dłużej nad 4 do 8 dni. Ciepłota bywała zmienna: w pierwszych dniach niejednokrotnie przechodziła 40° i wyżej, lecz już na 3. lub 4. dzień następował spadek do 38° i niżej przy jednoczesnem złagodzeniu wszystkich objawów grypowych. Kaszel jednak suchy, drażniący, uporczywy, męczący, ze skąpą, lepką, śluzową lub śluzoworopną, często krwistą wydzieliną trapił chorych przez kilka tygodni następnych (nieraz nawet do 2 lub 3 miesięcy). W miarę zbliżania się późniejszej jesieni i początków zimy formy te zaczęły przybierać coraz bardziej złośliwe cechy w postaci powikłań ze strony płuc i opłucnej. Zapalenia oskrzelikowozrazikowe z nadspodziewanie szybkiem zejściem śmiertelnem (2 lub 3 doby), czyniące wrażenie form t. zw. dżumowych, nie były rzadkie. Niekiedy poprzedzały je krwotoki płucne lub obfite wykrztuszanie mas krwistośluzowych. Następnie zaczęły zjawiać się formy tyfoidalne, dłużej trwające, o przebiegu pomyślnym. Pandemia ta, wobec licznych i różnorodnych form przebiegu klinicznego, obfitującego w niespodzianki, zasługuje na opis osobny.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 26. lutego 1919.

Przewodniczy kol. prezes Damski. Obecnych 36 członków i zaproszonych gości.

I. Przewodniczący poświęca gorące wspomnienie pośmiertne ś. p. prof. I. Baranowskiemu.

Przemówienia tego obecni wysłuchali stojąc.

II. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

III. Kol. prof. Ciechanowski przedstawia preparaty makroskopowe i mikroskopowe **nabłoniaka kosmówki** (prot. sek. 133/1919), który wychodząc z macicy zniszczył jej dno i róg lewy, zajął przymacicza, całą zatokę odbytniczomaciczną, wrósł w krezkę pętli esowatej, przeszedł na krezkę jednej z dolnych pętli jelita krętego, i wytworzył przerzuty w płucach, pochwie i w wątrobie. Osobliwością tego przypadku są właśnie przerzuty w wątrobie, które powstały drogą żyły wrotnej po przejściu nowotworu na krezkę jelita krętego. Przerzuty w pochwie spostrzegano częściej: tłomaczą je wstecznym zatorem do żył pochwowych. (Streszczenie własne).

IV. Kol. Radwańska opisuje przebieg kliniczny tegoż przypadku, przedstawionego przez siebie na poprzedniem posiedzeniu.

V. Prezes wita obecnych na sali gości, przedstawicieli: Komisyi referentów Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych i Towarzystwa »Sokół«.

VI. Kol. Doc. Piasecki wygłosił wykład: **O wychowaniu fizycznem na uniwersytetach,** kończąc wykład rezolucyą dla przedłożenia jej Ministerstwom zdrowia publicznego i oświaty. (Wykład będzie ogłoszony drukiem).

Dyskusya: 1) Kol. prof. Ciechanowski, zaznaczywszy wielkie zasługi prelegenta w sprawie propagandy i naukowego opracowania wychowania fizycznego, podnosi wpływ, jaki na postęp tej sprawy mają i powinny wywrzeć uniwersytety, podkreśla konieczność wdrożenia w wychowanie fizyczne całej młodzieży uniwersyteckiej i omawia trudności, na jakie przeprowadzenie reformy u nas natrafia; w końcu wnosi, by rezolucye, podane przez prelegenta, przekazać osobnej komisyi, a potem rezolucyę te przedstawić Sejmowi, Ministerstwu oświaty i Ministerstwu zdrowia pub., zawiadamiając o tem równocześnie Towarzystwa lekarskie polskie.

2) Prof. Kielski, przemawiając jako delegat Komisyi referentów Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych, podnosi, iż powinniśmy dążyć do równowagi wychowania fizycznego i umysłowego. Tym zadaniom powinien odpowiadać instytut pedagogiczny, którydy dawał wykształcenie naukowe i zawodowe, to ostatnie zaniedbane obecnie. Dlatego też sądzi prof. Kielski, iż studyum wychowania fizycznego powinno dawać odpowiednie wykształcenie fachowcom wychowania fizycznego, a prócz tego każdy pedagog powinien przechodzić zasady wychowania fizycznego. Reforma szkolna powinna tak być przeprowadzona, by na codzienne półgodzinne ćwiczenia fizyczne znalazł się czas wśród przedpołudniowych zajęć szkolnych.

3) Inż. J. Bobilewicz dziękuje w imieniu Towarzystwa »Sokół« prelegentowi i prof. Ciechanowskiemu za wskazówki w sprawie reformy wychowania fizycznego, które będą przedstawione Wydziałowi »Sokoła«.

4) Prof. Dawidowski podnosi, iż należy również zwrócić uwagę na wychowanie fizyczne w seminaryach i szkołach ludowych.

5) Kol. Frączkiewicz proponuje, by wybraną komisyę upoważnić do przedstawienia odpowiednich wniosków Ministerstwom i Sejmowi.

6) Prelegent zaznacza, iż lekarze stale kładą nacisk na wychowanie fizyczne i propagują myśl reformy w tym kierunku. Kwestyi wychowania fizycznego instytut pedagogiczny nie rozwiązuje w dostatecznej mierze, to też należy przedstawić konieczność reformy wychowania fizycznego odpowiednim czynnikom. Co do kwestyi wychowania fizycznego w szkołach średnich i niższych, to prelegent nie poruszał tej sprawy, gdyż w referacie chciał poruszyć jedynie reformę wychowania fizycznego w szkołach wyższych.

7) Wniosek prof. Ciechanowskiego przyjęto jednomyślnie, a do komisyi wybrano: prof. Nitscha, prof. Ciechanowskiego i Doc. Piaseckiego, oraz przedstawicieli Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych: prof. Dawidowskiego, Kielskiego i Wyrobka. Komisyę tę upoważniono do działania imieniem Towarzystwa.

Sekretarz doroczny: Dr Karwowski.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 39. Kraków, 27. września 1919. Rok LVIII.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K 15·—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K.

Rok LVIII Kraków, 27. września 1919. Nr. 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chirurgicznej prof. Dr B. Kadera w Krakowie.

O stosowaniu azotanu srebrowego przy róży.

Podała

Dr Z. Mostowska,
asystentka kliniki.

Istnieje bardzo wiele sposobów leczenia róży, żadnego jednak ze środków, używanych w leczeniu róży, nie można było dotychczas uznać za napewno skuteczny, a tem mniej za swoisty.

Wojna obecna dała nam możność obserwowania róży częściej, niż za czasów pokojowych, a zwłaszcza róży przyrannej. W klinice podczas wojny mieliśmy przeszło sto przypadków róży. Były to głównie przypadki, które już z różą zostały do kliniki dostarczone. Pewna część, około 20%, powstała podczas pobytu na klinice bądź to z ran postrzałowych, otrzymanych w polu lub też z odleżyn, powstałych jako wynik różnorodnych schorzeń, zwłaszcza złamań kręgosłupa. W 5 przypadkach występowała róża jako powikłanie pooperacyjne, we wszystkich przypadkach chorzy operowani byli z powodu ropni różnego pochodzenia. Przy leczeniu róży jeszcze w roku 1912, w czasie pokojowym, zwróciliśmy się z polecenia prof. Kadera do bardzo szarego środka leczniczego, a mianowicie do rozczynu azotanu srebra. Volkmann w swojej »Chirurgii ogólnej« podaje, że już przed rokiem 1850 uważano środek ten za jeden z najlepszych środków leczniczych przy róży. Używano w tym celu 10—12% rozczynu azotanu srebra, pędzlując kilkakrotnie chore miejsce, które odtłuszczano poprzednio rozczynem ługu sodowego lub potasowego. O środku tym później zupełnie zapomniano, podobnie, jak zapomniano o kamforze z kwasem karbolowym, stosowanej od bardzo dawna, przeważnie przez lekarzy rosyjskich, a przyjętej później przez Hoffę, ortopedę w Berlinie, od Dr Bylińskiego z Podola rosyjskiego. Środek ten przeszedł drogą jednego z byłych uczniów Hoffy, a asystentów kliniki krakowskiej i do kliniki naszej, zarzuciliśmy go jednak bardzo prędko z powodu niepewnego działania. Nadmieniam, że już Pirogow polecał kamforę i spirytus kamforowy jako środki, działające leczniczo na różne rany nieczyste i inne zakażenia chirurgiczne, jak n. p. róża. W klinice krakowskiej stosowaliśmy oprócz tego jodynę, ichtyol, okłady z sublimatu, karbolu, 0,1 do 0,5% okłady z formaliny, octanu glinowego i t. p. Najskuteczniej działały po poprzednich licznych nacięciach (skaryfikacyach) w miejscu schorzałem oraz 6 do 7 cm w zdrowem, okłady z sublimatu 1:1000, tak, jak to przed dwudziestu kilku laty podał Kraske. Środek ten działał dobrze, nacięcia nie pozostawiały blizn, był jednak dla chorych przykry dlatego, że trzeba było do stosowania go chorych usypiać, a miejsca chore, jak n. p. głowę, golić. Na kończynach stosowaliśmy po wysmarowaniu jednym z poprzednio wymienionych środków plaster, który się przylepiało okrężnie o kilka cm od granicy chorej; sposób ten dawał niekiedy dobre wyniki. Surowicy przeciwpaciorkowcowej nie próbowaliśmy stosować przy róży.

Doświadczenia nasze co do leczenia róży azotanem srebra podajemy dopiero teraz, ponieważ w czasach pokojowych mieliśmy sposobność spotykać na klinice prawie wyłącznie tylko różę ambulatoryjnie, a na stałej klinice mieliśmy najwyżej 2 przypadki rocznie, i to przyniesione z zewnątrz; zakażeń pooperacyjnych nie było.

W klinice stosujemy 16% do 20% rozczyn wodny azotanu srebra. Sposób postępowania jest następujący: Z chwilą pojawienia się gorączki, obrzęku i charakterystycznego zaczerwienienia, smarujemy chorą część ciała wacikiem, zmaczanym w wymienionym rozczynie, sięgając przynajmniej na 4 palce poza obręb zaczerwienienia. Wyrażenie »smarowanie« jest może nie ścisłe, ponieważ należy wacik do miejsca chorego raczej przytykać, uciskać. Należy zwracać baczną uwagę na to, aby zaczynać smarowanie od zdrowego otoczenia i wacikiem, którym już raz dotykaliśmy miejsca chorego, nie wracać na zdrową skórę, ani też nie maczać go w naczyńku, z którego jeszcze zdrową skórę mamy zamiar smarować. To bardzo ścisłe przestrzeganie aseptyki jest wprawdzie uciążliwe i na pozór zbyt drobiazgowe, ale jest ono konieczne. Na posmarowane w ten sposób miejsce nakładamy szczelny opatrunek, suchy, lub też wilgotny; wilgotny jest dla chorego przyjemniejszy, jednakowoż ze względu na możliwość zmacerowania skóry, już i tak poprzednio podrażnionej lapisem, jest opatrunek wilgotny nie zawsze wskazany. Według naszych doświadczeń już po jednorazowem wysmarowaniu następuje w ciągu pierwszej doby z reguły obniżenie ciepłoty i poprawa stanu ogólnego. Mniej więcej w 25% przypadków po jednorazowem wysmarowaniu następuje zupełne wyleczenie. U przeważnej części chorych (około 50%) obniża się wprawdzie ciepłota, ale nie do poziomu prawidłowego, tak, że trzeba zastosować powtórnie rozczyn azotanu srebra, w 25% przypadków musieliśmy stosować smarowanie jeszcze i po raz trzeci, i dopiero wówczas, t. j. po 72 godzinach, występowało zupełne wyleczenie. Skóry przed użyciem środka nie odtłuszczamy. Mamy wrażenie, że silniejszy rozczyn azotanu srebra, a mianowicie 20%, działa szybciej. Co do natężenia rozczynu, należy jednak zwracać uwagę na jakość skóry. Bardziej delikatna i cienka skóra wymaga rozczynu słabszego, gruba znosi dobrze silniejszy; u starszych osób należy stosować rozczyn słabszy. Niekiedy wrażliwość skóry jest bardzo duża, maceracya występuje bardzo szybko i pojawiają się powierzchowne pęcherze, ale w tych razach, jak i wogóle, nie spostrzegaliśmy żadnych poważniejszych powikłań.

Są przypadki, z góry wymagające baczniejszego leczenia; są to ropowice (ropne zapalenia tkanki podskórnej), występujące jednocześnie z wybuchem róży. Tu nie wystarcza lapis; przypadki te wymagają leczenia takiego samego, jak każde inne ropowice, a więc głębokich nacięć. Co do miejsc uwłosionych, to je golimy przed zastosowaniem azotanu srebrowego. Na twarz stosowaliśmy z równie dobrym skutkiem okłady w formie maski z kilku warstw ułożonej gazy, zmaczanej w rozczynie azotanu srebra. W 5 przypadkach mieliśmy sposobność spostrzegać chorych, u których róża występowała w postaci nawrotów; być może, iż byli to chorzy, na których skórze, względnie w ranie, przebywały stale zarazki róży. W tych kilku przypadkach jednorazowe posmarowanie azotanem srebra wystarczało, aby usunąć chorobę, nie zabezpieczało jednak od ponownego nawrotu. U dwóch z tych chorych występowała róża czterokrotnie, mniej więcej w odstępach pięciotygodniowych.

Dla przykładu podaję ciepłotę chorego, który był trzykrotnie smarowany i takiego, u którego po jednorazowem zastosowaniu azotanu srebra objawy róży zupełnie ustąpiły.

U chorego J. K., l. 24, z ciężkiem zranieniem uda, wystąpiła róża w okolicy rany z podniesieniem ciepłoty do 39·8. Po wysmarowaniu wieczornem, na rano spadła gorączka do 38, poczem nastąpiło ponowne podniesienie wieczorem do 38·6; powtórne smarowanie; nazajutrz rano 37·4, wieczorem 38·2. Sma-

rowanie po raz trzeci i ciepłota ranna obniża się do 37,4 i wreszcie do poziomu prawidłowego, przyczem inne objawy ustępują zupełnie.

Chory J. P., l. 24, z gruźlicą gruczołów szyjnych i podniesieniem ciepłoty do 38,6. Na drugi dzień wyraźny obrzęk i zaczerwienienie twarzy i szyi, podniesienie ciepłoty do 39°. Po jednorazowem wysmarowaniu azotanem srebrowym w drugim dniu choroby ciepłota ranna 37·7, wieczorna spadła zupełnie do poziomu prawidłowego.

Po doświadczeniach, przeprowadzonych na naszym materyale, doszliśmy do przekonania, że stosowanie azotanu srebrowego uważać należy za najlepszy i najskuteczniejszy ze wszystkich dotychczas znanych sposobów leczenia róży. Jedyną przykrą stroną tego sposobu leczenia jest zczernienie miejsc posmarowanych, które jednak ustępuje w przeciągu tygodnia bez śladu.

W dostępnem mi piśmiennictwie niemieckiem znalazłam wiele publikacyi o leczeniu róży, między innemi także o stosowaniu azotanu srebrowego. Zwrócę uwagę na komunikat Dr Gaugele (Münch. med. Woch. 4. XII. 1917), który używa 20% rozczynu azotanu srebrowego do smarowania miejsca zaczerwienionego, granice zaś zaczerwienienia ze skórą zdrową oprowadza raz przy razie umaczanym w wodzie pręcikiem lapisu na szerokość dłoni. Wyniki jego metody zgodne są z naszymi. Dr Gaugele określa je jako »wspaniałe« (grossartig), zaś azotan srebra nazywa specyfikiem dla róży przyrannej.

W kołach lekarzy, z którymi miałam możność sprawę tę omawiać, środka tego nie używano; wobec tego nie wykluczając, że i gdzieindziej u nas środek ten był stosowany, dzielę się naszemi doświadczeniami z ogółem lekarzy.

Wiadomości zawodowe.

Rozporządzenie w przedmiocie ogłoszeń treści lekarskiej wydał Minister zdrowia publicznego w d. 2. VIII. 1919 (Monitor polski Nr 198). Rozporządzenie to postanawia w artykule 1., że uprzednie zezwolenie okręgowego Urzędu zdrowia musi być m. i. uzyskane na wszelkiego rodzaju ogłoszenia i reklamy publiczne, dotyczące wykonywania praktyki leczniczej przez lekarzy, felczerów, dentystów, położne, masażystów i wogóle osoby, trudniące się wykonywaniem wszelkich zabiegów leczniczych, — na ogłoszenia, dotyczące zdrojowisk, zakładów leczniczych i wód leczniczych, wszelkich też środków i przyrządów leczniczych, higienicznych i kosmetycznych. Art. 4. postanawia: »W ogłoszeniach i reklamach, dotyczących wykonywania praktyki lekarskiej lub zabiegów leczniczych... niedopuszczalna jest reklama osobistych uzdolnień i kwalifikacyi (poza wyszczególnieniem prawnie przysługującego tytułu naukowego i urzędowego)«. Art. 5 przepisuje, że zamierzone ogłoszenia mają być w 3 egzemplarzach przedkładane Okręgowemu Urzędowi zdrowia. Wreszcie art. 7. zagraża za przekroczenie tego rozporządzenia pociągnięciem do odpowiedzialności na mocy ogólnych postanowień kodeksu karnego.

Wiadomości bieżące.

— Prorektorem Uniwersytetu wileńskiego został mianowany chirurg prof. Dr Józef Ziemacki. Uniwersytet ma być otwarty 11. XI. b. r. w pełnym składzie sześciu wydziałów, włącznie z lekarskim.

— W niedzielę, dnia 28. września 1919 w sali wykładowej prof. Dr Macheka we Lwowie o g. 9 przedpołudniem odbędzie się Zjazd lekarzy szpitali powszechnych w Małopolsce. Na porządku dziennym: 1. Sprawozdanie Komitetu, wybranego na Zjeździe w dniu 18. maja 1919, z dotychczasowej działalności — refer. Dr J. Bujalski, Tarnów. 2. Płace lekarzy szpitali powszechnych — refer. Dr L. Żuławski, Gorlice. 3. Wybór Wydziału Związku lekarzy szpitali powszechnych w Małopolsce.

4. Wolne wnioski i zapytania. Na Zjazd zaproszono: Ministerstwo zdrowia, Okręgowy Urząd zdrowia, lekarzy szpitali krajowych w Krakowie i Lwowie, oraz zakładów dla umysłowo chorych w Kulparkowie i Kobierzynie, lekarzy szpitali b. zaboru rosyjskiego i pruskiego. — W sprawach Zjazdu zwracać się należy pod adresem: Dr Jerzy Bujalski, Szpital powszechny, Tarnów.

— IV. polski Zjazd przeciwalkoholowy odbędzie się 11. i 12. X. w Warszawie. Z lekarzy zgłosili dotychczas referaty: prof. Dr Jan Mazurkiewicz i Dr Gawroński. Do komitetu organizacyjnego należą z lekarzy: Dr Radziwiłłowicz, Łuniewski i Wł. Sterling (Warszawa), Skalski (Łódź), Wyrzykowski (Lwów), prof. Ciechanowski i prof. Piltz (Kraków). Informacyi o Zjeździe udziela sekretaryat: Warszawa, Żórawia 21, m. 28.

— W Warszawie poczęło wychodzić pismo miesięczne p. t. »Trzeźwość«, jako organ Polskiego Towarzystwa walki z alkoholizmem. Pierwszy zeszyt, wydany w sierpniu b. r., odznacza się urozmaiconą i dobraną treścią. Redakcya »Trzeźwości« spoczywa w wytrawnych rękach Jana Szymańskiego, wybitnego przodownika w walce z alkoholizmem w Polsce.

— Dyrektor okręgowego Urzędu zdrowia we Lwowie, Dr Mikołajski, zwołał na 15—20 września do Krynicy konferencyę balneologiczną.

— Ministerstwo kolei żelaznych zezwoliło (ze względu na szerzenie się epidemii i stosunki wojenne) wszystkim lekarzom używać do przejazdu pociągów towarowych za wykupieniem biletu III klasy po należytem wylegitymowaniu się.

— Prasa codzienna doniosła, że prof. Dr Ludwik Rydygier ze Lwowa powołany został do czynnej służby w wojsku polskiem na czas wojny w randze generał-porucznika-lekarza.

— W lwowskiej klinice chirurgicznej wakują dwa miejsca asystentów. Przyjętych asystentów będzie Wydział lekarski reklamować od służby wojskowej. Zgłoszenia do Dyrektora kliniki.

— Zmarły 23. stycznia b. r. na dur plamisty dyrektor szpitala w Kałuszu, Dr Dyonizy Markiewicz, przeznaczył cały swój majątek na cele narodowe i społeczne, jak Macierz szkolna i Dom polski w Cieszynie, stypendya dla polskich uczniów szkół przemysłowych i handlowych i i.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskała w Krakowie p. Lilla Horowitzówna, rodem z Krakowa.

— Choroby zakaźne w drugiej połowie sierpnia (17—30) przedstawiały się w Krakowie wśród ludności cywilnej następująco: płonicy przypadków 8 († 1), błonicy 2, duru brzusznego 9 († 3), czerwonki 25 († 5), duru plamistego 23 († 7), duru powrotnego († 1). — W Łodzi w ciągu 4 tygodni (17. VIII. do 13. IX.) było: duru plamistego 46 († 7), brzusznego 54 (8), powrotnego 2, czerwonki 119 († 41), płonicy 20 († 4), błonicy 19 († 1), nagmin. zapalenia opon 3 († 2); z gruźlicy zmarło 127 osób. W ciągu 3 tygodni odkażono w Łodzi 2302 mieszkań, odwszawiono 14787 osób.

Zmarli: Dr Henryk Ebers w Krynicy. Urodzony w Medoc we Francyi w r. 1856; dyplom doktorski uzyskał w Krakowie w r. 1881, poczem studyował w Wiedniu i w Paryżu. Od r. 1885 był kierownikiem rządowego zakładu wodoleczniczego w Krynicy, później założył uzdrowisko zimowe w Cirkvenicy. S. p. Dr Ebers położył duże zasługi dla Krynicy: on to podniósł myśl głębokich wierceń dla podniesienia wydajności zdrojowiska i postarał się o budowę kolei z Muszyny do Krynicy.

Dr Herman Mojmir, b. lekarz miejski z Krakowa, kierownik szpitala Czerwonego Krzyża w Czortkowie, w 45 r. ż.

Dr E. Karchezy, b. lekarz armii austr., następnie lekarz wojska polskiego, szef sanitarny twierdzy Brześcia litewskiego, w 55 r. ż. z duru plamistego.

Redakcya otrzymała: Księga zbiorowa szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych »Kochanówka«, pod Łodzią, zawierająca prace Drów Chodźki, Grzywo-Dąbrowskiego, Grygierowej Hermana, Mikulskiego, Siwińskiego, Zylbercwejgowej i Zylberlastówny. — Łódź. Nakładem szpitala »Kochanówka«. 1918. — Stron 334.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich we wrześniu 1919:

Gazeta lekarska Nr 36.—38.: Tokarski: Ś. p. Dr Jan Bieliński (36). — Pruszyńska i Siwiński: Badania doświadczalne nad zdolnościami krytycznemi u zdrowych i umysłowo chorych (36). — Szmurło: Przypadek niezwykłego powikłania ropnia wejścia nosowego (36). — Czarnecki: Ś. p. Dr Stanisław Dobrucki (37). — Browicz: Powstawanie zapalenia wyrostka robaczkowego (37). — Bernhard: Liszaj paciorkowaty (38).

Zdrowie Zesz. 8.: Zadębowski: Uregulowanie rozrodczości jako zagadnienie higieny rasy (c. d.).

Zagadnienia rasy Nr 5.: Lenartowicz: Stan szpitalnictwa i środków walki z chorobami wenerycznemi we wschodniej Galicyi. — Kozerski: Zasady stosowania tajemnicy lekarskiej w społecznej walce z chorobami płciowemi. — Kozerski: Wzór postępowania w dziedzinie lekarskiej tajemnicy zawodowej.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 40. Kraków, 4. października 1919. Rok LVIII.

Redakcya: **Kraków 9, Płuczki 28**
Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2.
Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K 15·—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K.

Rok LVIII. Kraków, 4 października 1919 Nr. 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

ĆWIERĆWIECZE WYDZIAŁU LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

Gdy przed dwudziestu pięciu laty kładła Wszechnica lwowska podwaliny swego Wydziału lekarskiego, nie przeczuwano pewno, że tak szybko i tak bujnie spełnią się życzenia i nadzieje, związane z nowym Wydziałem. Ubiegłe dwudziestopięciolecie jest okresem świetnym, nasuwającym porównanie z Wilnem z przed lat stu i ze Szkołą główną warszawską. co już dziś tem śmielej powiedzieć można, że niejeden z twórców i pierwszych profesorów Wydziału lekarskiego lwowskiego odszedł na zawsze z umiłowanej niwy i dzieło jego należy już do historyi.

Zawrzało w młodym Wydziale lwowskim życie naukowe, popłynęła pełna i silna fala twórczości, w piśmiennictwie lekarskiem polskiem nakreślił Lwów swe własne, pamiętne szlaki, koło wysoko wzniesionego sztandaru wiedzy stanął wnet liczny, dzielny hufiec, chlubę swej »Alma Mater« niosących uczniów. Toteż, gdy nadeszła radosna chwila wskrzeszenia dalszych ognisk polskiej nauki lekarskiej, miał Lwów kogo oddać na służbę innym Wszechnicom i hojną też oddał ręką.

A nareszcie dzieje swej młodości, zamknięte zorzą wolności Ojczyzny wśród nadludzkiej walki z wrażym najazdem, opromienił Wydział lekarski we Lwowie, — jakby wziął w siebie krew rycerskich lekarzy, którzy bronili ongi tego grodu przed nawałą kozacką, — chwałą poświęcenia i bohaterstwa.

Na przełomie naszych dziejów zamyka Wydział lekarski lwowski pierwszą, złotą kartę swej historyi; niechże takiemi będą i wszystkie dalsze karty. Vivat, floreat, crescat!

Z Oddziału chorób zakaźnych Krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

O durze plamistym.

(Tętno i ciepłota, wysypka, śledziona, odczyn Weil-Felixa, odosobnianie chorych).

Podał

Prymaryusz **Dr Józef Kostrzewski.**

Spostrzeżenia niniejsze zebrano na 371 chorych na dur plamisty, leczonych w szpitalu w czasie od 1. XI. 1918 do 30. VI. 1919 r.; poruszają one fakta dotychczas mało znane w symptomatologii duru plamistego, — dotyczą zaś objawów klinicznych i biologicznych, mających pierwszorzędne znaczenie w patologii chorób zakaźnych.

I. Zaczynam od stosunku tętna do ciepłoty. Jest rzeczą znaną od dawna, że w okresie zdrowienia po durze plamistym można się spotkać ze zwolnieniem tętna; ale o tem, że zwolnienie tętna w stosunku do ciepłoty może towarzyszyć wysokiej gorączce w przebiegu duru plamistego, o tem czyta się dopiero w niektórych opisach z ostatnich lat.

Własne doświadczenie nasze w tym kierunku tak się przedstawia: W sprawie zwolnienia tętna w odniesieniu do ciepłoty, spotykanego w pierwszych dniach choroby (w późniejszym okresie tętno odpowiada ciepłocie) nie zabieramy głosu, ponieważ tylko wyjątkowo mieliśmy chorych od pierwszego dnia choroby w leczeniu, natomiast przeważna ich większość dostawała się do szpitala z końcem pierwszego tygodnia lub w drugim tygodniu choroby; mowa więc tutaj o zwolnieniu tętna (w odniesieniu do ciepłoty), utrzymującem się do końca okresu gorączkowego. Na 361 gorączkujących (10 chorych dowieziono na oddział już po spadku ciepłoty) spotkaliśmy u siedmiu tętno poniżej 100 na minutę przy ciepłocie 39—40° C. Z pośród tych chorych należy wyróżnić jednego mężczyznę, liczącego lat 54, który okazuje w pierwszych dniach po spadku ciepłoty z powodu duru plamistego tętno wolne, a podczas trwania róży twarzy, która wystąpiła w 4 dni po ustąpieniu duru, przy ciepłocie wahającej się do 40° C., liczba tętna u niego dochodzi do 87 na minutę. Można przypuszczać, że u tego chorego zwolnienie tętna było właściwością ustroju, nabytą jeszcze przed wystąpieniem duru (arteriosclerosis). Natomiast u innych chorych ze zwolnionem tętnem w czasie gorączki, kliniczne badanie narządu krwionośnego zmian żadnych nie wykazuje; po spadku ciepłoty tętno u nich waha się od 60—70 na minutę. Szukając przyczyny zwolnienia tętna, mierzono u trojga chorych ze względnem zwolnieniem tętna w okresie gorączki, ciśnienie śródrdzeniowe i znaleziono je w granicach od 7—10 mm słupa Hg (w ułożeniu poziomem chorych). Z tych trzech osób było dwu braci. Po spadku ciepłoty wynosi tętno u nich 60 uderzeń na minutę, a ciśnienie śródrdzeniowe, mierzone u jednego i drugiego w tym czasie, równa się 16 mm słupa Hg. Tak więc u 3 chorych ze względnem zwolnieniem tętna w okresie gorączkowym w przebiegu duru plamistego ciśnienie śródrdzeniowe było prawidłowe, natomiast było lekko wzmożone u dwu wyzdrowieńców, u których tętno wynosiło po 60 uderzeń na minutę. Względne zwolnienie tętna w przebiegu duru

plamistego spotkaliśmy zarówno u mężczyzn (trzech), jak u kobiet (trzy) i ludzi młodych (sześć osób w wieku od 12 do 28 lat). Z pośród nich, jak wspomniano, było dwu braci; ojciec ich, 51 lat, chory również na dur plamisty, miał w czasie 7-dniowego trwania gorączki (39° C. i wyżej) na oddziale, przez trzy dni tętno nieco powyżej 100 (dlatego nie uwzględniony między chorymi ze zwolnionem tętnem), zresztą 100 lub mniej niż 100 na minutę. Z trzech kobiet ze zwolnionem tętnem w odniesieniu do stopnia gorączki, były dwie siostry. Fakt ten, że na sześć osób uwzględnianych są dwie pary rodzeństwa i że ojciec, wprawdzie w mniejszym stopniu, niż jego synowie, ale również okazuje zwolnienie tętna, — fakt ten dowodzi, że usposobienie rodzinne u chorych ze względnem zwolnieniem tętna w okresie gorączkowym w przebiego duru plamistego jest czynnikiem jeśli nie rozstrzygającym, to w każdym razie bardzo ważnym.

II. Wysypka. Jako o rzadkim objawie wspominają w ostatnich latach nieliczni autorowie o guzkowej postaci wysypki w przebiegu duru plamistego; nieco obszerniej omawiają ten przedmiot ze stanowiska histologii Kyrle i Morawetz na podstawie dwu spostrzeganych przypadków; guzki w tych przypadkach powstały na miejscach ustępującej wysypki plamistej. — U chorych naszych w 5% nie możemy o wysypce nic powiedzieć (chorzy dostali się na oddział w bardzo późnym okresie choroby, albo skóra bardzo śniada, albo pokryta licznemi bliznami po drapaniu itd.), w 68% stwierdziliśmy wysypkę plamistą, a w 27% wysypkę plamistoguzkową. Guzki barwy żyworóżowej są zarówno widoczne, jak i wyczuwalne, mogą zaś być różnej wielkości, bo od ziarna prosa — do ziarna soczewicy. Z pośród chorych z wysypką guzkową nie było ani jednego, któryby miał wyłącznie tylko guzkową postać wysypki, bo obok guzków u każdego była wysypka plamista, czyli każdy z tych chorych miał wysypkę plamistoguzkową. Do znanych powszechnie opisów wysypki duru plamistego dodajemy: wysypka w przebiegu duru plamistego jest zazwyczaj plamista (jako taka od początku powstała), lecz wcale nierzadko bywa plamistoguzkowa. W wysypce plamistoguzkowej guzki świadczą o tem, że wysypka świeża, guzki bowiem powstają na skórze gołem okiem prawidłowej, a po dwu lub kilku dniach przypłaszczają się i przechodzą w plamki; im świeższa wysypka, tem więcej ma guzków, a mniej plamek, — im starsza, tem więcej plamek, a mniej guzków. Z tego jednak nie wynika, że w przypadku wysypki plamistoguzkowej wszystkie plamki są tylko zejściem guzków, — a to dlatego, ponieważ u chorych z wysypką plamistoguzkową od pierwszego dnia wysypki powstają równocześnie z guzkami plamki odrazu jako takie, bez uprzedniego okresu guzkowego. Plamki powstałe z guzków przypłaszczonych, ani wejrzeniem, ani zmianami, którym ulegają, nie różnią się w niczem od plamek, od początku powstałych, jako takie. Czy u 68% chorych naszych z wysypką plamistą, wysypka ta od początku była u wszystkich tylko plamista, czy może u pewnej części przechodziła okres guzkowy, o tem wyrokować nie możemy, bo jak wyżej wspomniano większość chorych dostawała się do szpitala już w daleko posuniętej chorobie. Wysypka w przebiegu duru plamistego, nawet bardzo obfita, nigdy się nie zlewa. Barwa jej zmienia się zależnie od czasu trwania. W pierwszych dniach jest żywo różowa, później staje się różowo brunatna (czasem sinawa), i wreszcie, o ile przechodzi w postać krwotoczną, rdzawa; prócz tego, ale o wiele mniej często, są wysypki o barwie sinawej od początku do końca swego trwania. Nasilenie barwy wysypki jest bardzo różne; nieraz wysypka bywa tak delikatna, że ledwie jest widoczna, a trwa wtedy bardzo krótko; oglądający ją dzisiaj spodziewa się, że nazajutrz będzie wyraźniejsza, tymczasem jutro niema już z niej ani śladu. Zależnie od postaci (obecność guzków w wysypce plamistoguzkowej), następnie barwy, obfitości i rozmieszczenia wysypki, można ocenić, czy wysypka świeżo czy dawniej powstała. Wysypka świeża jest plamistoguzkowa, barwy żywo różowej, skąpa, rozmieszczona na tułowiu i częściach dośrodkowych kończyn górnych; wysypka starsza ma mniej guzków a więcej plamek, jest barwy różowobrunatnej (czasami sinawej), obfita, rozmieszczona na tułowiu, szyi, częściach także odśrodkowych kończyn górnych i dolnych. Omawiając wysypkę, musimy jeszcze dodać, że u jednego z naszych chorych wystąpiła wysypka w szesnastym dniu choroby, na trzy dni przed spadkiem gorączki.

III. Śledziona. O tem, że powiększoną śledzionę w przebiegu duru plamistego można klinicznie nietylko stwierdzić przez opukiwanie, ale i wyczuć, — o tem czyta się dopiero w opisach z ostatnich lat. Co do tego zaś, jak długo powiększenie śledziony utrzymuje się w przebiegu duru plamistego, zdania różnych autorów są różne. Jedni stwierdzają powiększoną śledzionę mniej więcej przez pierwszy tydzień gorączki, inni dłużej, choć dokładnie czasu nie określają. Schöne w opisie klinicznym duru plamistego podaje jako rzecz »uderzającą«, że w jednym przypadku wyczuwał śledzionę jeszcze w ciągu pierwszych kilku dni po spadku gorączki; Hewelke znowu spotykał powiększoną śledzionę na zwłokach jeszcze w 18., 20. i 24. dniu, licząc od początku zachorowania.

Streszczając własne spostrzeżenia kliniczne co do zachowania się śledziony w durze plamistym, uwzględniamy tylko śledzionę »macalną«, lub »niemacalną«, zależnie od wyniku badania dotykaniem; podane więc tutaj daty mówią o śledzionie wyczuwalnej, bez uwzględnienia wyniku opukiwania w przypadkach śledziony niewyczuwalnej. Na 371 chorych na dur plamisty nie badano śledziony w 15·5% (chorzy, silnie zamroczeni, nie oddychali dość głęboko, albo byli podnieceni, albo powłoki brzuszne były silnie napięte), w 64% śledziona była niemacalna, natomiast w 20·5% przypadków stwierdzono śledzionę macalną. Śledziona macalna pod względem zbitości przedstawiała się tak, jak w przebiegu duru brzusznego, rzadko kiedy była mniej twarda; co do wielkości zaś, to sięgała często 3 i 4 palce niżej łuku żebrowego.

Dostępną badaniu przez obmacanie była śledziona u różnych chorych niejednakowo długo, bo: a) macalna śledziona przestała być macalną jeszcze w okresie podniesionej ciepłoty u 33 chorych, — u jednych na kilka, u innych na trzy, dwa dni lub jeden dzień przed spadkiem gorączki; b) śledziona stała się niewyczuwalną równo ze spadkiem ciepłoty do granic prawidłowych, u 20 chorych; c) śledziona była jeszcze macalna po spadku gorączki u 18 chorych, u niektórych przez jeden, u innych przez kilka lub kilkanaście, najdłużej przez siedemnaście dni; d) wreszcie 5 wyzdrowieńców opuściło szpital w 18 względnie 24 dni po spadku gorączki ze śledzioną macalną; (a i b razem wzięte wynosi 14·3%, c i d razem wzięte wynosi 6·2%, w stosunku do ogólnej liczby chorych na dur plamisty).

Śledziona u 5 wyzdrowieńców, wymienionych pod d), badana dzień przed ich wyjściem ze szpitala, była bez porównania mniejsza i mniej twarda, niż w okresie gorączki; można ją było wyczuć jako mniej lub więcej wyraźny opór przy głębokim wdechu chorego; podobnie stopniowo znikała śledziona u chorych i wyzdrowieńców wyszczególnionych pod a, b i c. Z przytoczonych pod a, b i c szczegółów wynika, że śledziona, macalna w następstwie duru plamistego, może przestać być macalną albo w ciągu okresu gorączkowego, albo równocześnie z ustąpieniem gorączki, albo dopiero po spadku gorączki w kilka, a nawet kilkanaście dni. Zachowanie się śledziony, pod d) podane, może nasunąć myśl, czy u tych chorych śledziona nie była powiększona już przed zapadnięciem na dur plamisty, — powiększenie to uległo nasileniu w okresie gorączki, — natomiast po ustąpieniu gorączki śledziona wróciła do dawnej wielkości; obrzęk śledziony u tych pięciu wyzdrowieńców byłby więc innej przyrody, a nie byłby następstwem duru plamistego; o tem nie wyrokujemy. Ale na podstawie zachowania się śledziony, omówionego pod c), możemy twierdzić, że obrzęk śledziony, wywołany przez dur plamisty, może okres gorączkowy przetrwać; pod tym zaś względem śledziona nie zajmuje wyjątkowego stanowiska w ustroju. Wiadomo bowiem, że zmiany swoiste w skórze, zapalenie nerwu wzrokowego (neuritis optica Arnoldi), odczyn Weil-Felixa we krwi, zmiany chorobowe w płynie mózgowordzeniowym, mogą u osób, które przebyły dur plamisty, utrzymywać się nawet kilka tygodni.

IV. Badania bakteryologiczne i serologiczne tak się przedstawiają: U 52·5% chorych na dur plamisty szczepiono krew w ilości 10—20 cm³ na pożywki (1 bulion, 2 wody po 40 cm³ i 2 żółci po 10 cm³) zawsze w okresie wysokiej gorączki. U żadnego z chorych szczepu x_{19} nie wyhodowano. Co do odczynu Weil-Felixa zbadano krew u 97%, co do odczynu Widala b. typhi i paratyphi β u 94%, co do b. paratyphi α u 86% chorych, w 3% zaś przypadków nie przeprowadzono badań ani bakteryologicznych ani serologicznych. Biorąc odczyn Weil-Felixa jako dodatni, począwszy od rozcieńczenia surowicy $^{1}/_{100}$, znaleziono dodatni w $77^{1}/_{2}$%, zaś ujemny w $19^{1}/_{2}$% badanych chorych. Co do stałości występowania odczynu Weil-Felixa w przebiegu duru plamistego, nie możemy z naszych badań wysnuwać żadnych wniosków, bo jakiś czas pracowaliśmy szczepem zanieczyszczonym (nie wiedząc o tem) i wtedy otrzymywaliśmy odczyn Weil-Felixa ujemny w przypadkach klinicznie zupełnie pewnych i w późnych okresach choroby. Natomiast w przeciwieństwie do licznych autorów, opisujących jako rzecz częstą w przebiegu duru plamistego dodatni odczyn Widala, spotkaliśmy własności surowicy krwi agglutynowania prątków duru w 1·5%, a prątków duru rzekomego α w 1·4% ba-

danych w tym kierunku chorych; ani razu nie spotkano własności agglutynowania prątków duru rzekomego β. Prócz surowicy krwi zbadaliśmy co do odczynu Weil-Felixa u dwu chorych względnie wyzdrowieńców także płyn zapalny z jamy opłucnej, — a u jednej chorej płyn z jamy otrzewnej, o własnościach pośrednich między wysiękiem a przesiękiem. Jeden z płynów z jamy opłucnej okazuje dodatni odczyn Weil-Felixa o mianie, równem mianu surowicy krwi tejsamej chorej ($^1/_{200}$ +); drugi daje odczyn Weil-Felixa w rozcieńczeniu $^1/_{50}$ o wyniku niepewnym (±), surowica zaś krwi tej chorej agglutynuje szczep x_{19} w rozcieńczeniu $^1/_{200}$. Zawartość globulin w pierwszym płynie była o połowę, w drugim 4 razy mniejsza niż zawartość globulin w surowicy krwi odnośnych osób. Płyn z jamy otrzewnej daje odczyn Weil-Felixa dodatni w rozcieńczeniu $^1/_{50}$, a surowica krwi tej chorej w rozcieńczeniu $^1/_{4000}$; globulin zaś było w płynie 5 razy mniej, niż w surowicy krwi tejsamej chorej.

Do badania własności agglutynacyjnych płynów i krwi wymienionych chorych, brano jeden i drugi materyał w jednym i tymsamym dniu, a próby nastawiano równocześnie. Tejsamej zasady trzymano się, porównując zachowanie się własności surowicy krwi matki z jednej strony, a płodu względnie oseska z drugiej strony, wobec szczepu x_{19}:

1) J. O., poród w ósmym dniu trwania duru plamistego, a siedem dni przed spadkiem ciepłoty. Przy porodzie wzięto krew z części łożyskowej pępowiny. W tym przypadku wzięto wyjątkowo krew matki w 17 godzin po porodzie. Odczyn Weil-Felixa z surowicą krwi matki wypadł $^1/_{100}$ +, $^1/_{200}$ ±, z surowicą krwi z pępowiny ujemnie. Po raz drugi brano krew matki w siedem dni po spadku gorączki, a więc w 14 dni od czasu pierwszego brania. W tymsamym dniu wzięto krew od 14-dniowego oseska; osesek karmiony był piersią matki. Odczyn Weil-Felixa z krwią matki wypadł dodatnio $^1/_{400}$, z krwią oseska natomiast ujemnie.

2) S. M., poród sześć dni przed spadkiem gorączki z powodu duru plamistego. Krew matki wzięto kilka godzin przed porodem, podczas porodu zaś krew z części łożyskowej pępowiny. Odczyn Weil-Felixa z surowicą krwi matki wypadł $^1/_{100}$ +, $^1/_{200}$ ±, z surowicą krwi z pępowiny ujemnie. Po raz drugi brano krew matki osiem dni po spadku gorączki, czyli 14 dni po pierwszem braniu. W tymsamym dniu wzięto krew od 14-dniowego oseska; osesek karmiony był piersią matki. Odczyn Weil-Felixa z surowicą krwi matki wypadł $^1/_{100}$ +, $^1/_{200}$ ±, z surowicą krwi oseska ujemnie.

3) T. B., poród dziewięć dni po przebyciu duru plamistego. Krew matki i noworodka wzięto w kilka godzin po porodzie. Odczyn Weil-Felixa z surowicą krwi matki wypadł dodatnio w rozcieńczeniu $^1/_{400}$, z surowicą krwi noworodka ujemnie.

Istota odczynu Weil-Felixa jest dotychczas niewyjaśniona; według jednych odczyn Weil-Felixa jest przeciwciałem (antygenem) w ścisłem pojęciu nauki odporności, — według drugich zjawiskiem biologicznem, towarzyszącem tylko zakażeniu zarazkiem duru plamistego. Dopóki zaś istota przyrody odczynu Weil-Felixa jest niejasna, dopóty nie wiadomo, czy można z zachowania się odczynu Weil-Felixa we krwi matki z jednej strony, a krwi płodu względnie oseska z drugiej strony, — wnosić o przechodzeniu zarazka i ciał odpornościowych, zarówno drogą krwi z matki na płód, jakoteż drogą pokarmu z matki na oseska.

V. Odosabnianie chorych. W okresie, z którego niniejsze spostrzeżenia pochodzą, nie było można chorych zakaźnych skutkiem wielkiego ich napływu, dzielić i mieścić według jakości choroby; (bezwzględnie odosobniani byli chorzy na ospę, płonicę i gruźlicę płuc otwartą). W następstwie tego w czasie od 1. listopada 1918 r. do 30. czerwca 1919 r. leżało obok chorych na dur plamisty w tychsamych salach 218 osób, chorych na inne choroby zakaźne, nie na dur plamisty. Z tych 218 osób przebywało na oddziale poniżej 7 dni i przez siedem dni: 89, — przez osiem do czternastu dni: 43, — przez pietnaście do dwudziestu jeden dni i dłużej: 86. W przeciągu wymienionych ośmiu miesięcy nie zaszedł ani jeden przypadek zakażenia durem plamistym wśród chorych oddziałowych. Natomiast w lipcu zapadła na dur plamisty chora, przysłana w czerwcu z podejrzeniem co do czerwonki z oddziału chorób umysłowych. W tymsamym czasie, t. zn. w ciągu ośmiu miesięcy, na 23 osób personalu pielęgniarskiego zapadło na dur plamisty siedem. Odsetek zakażenia u chorych oddziałowych, — bez uwzględnienia pozostających na oddziale poniżej ośmiu dni, — wynosi 0·775, u personalu pielęgniarskiego 30·434.

W sprawie chorej, która uległa zakażeniu durem plamistym na oddziale, należy podnieść, co następuje: Osoba umysłowo chora (»stan maniakalny« — rozpoznanie oddziału psychiatrycznego) była bardzo ruchliwa i nieposłuszna radom i wskazówkom lekarzy i służby oddziałowej. Skutkiem tego, że chodziła często do łazienki, w której się chorych odwszawia, nie wiele się różniła od służby oddziałowej pod względem stykania się z chorymi na dur plamisty, świeżo przyjętymi do szpitala. W dniu zaś, w którym zagorączkowała, znaleziono na tej chorej wszy; miała je dostać od dziecka chorego na dur plamisty, które nosiła na ręku. Liczba przypadków zakażenia durem plamistym, zaszłych u chorych oddziałowych z jednej strony, u personalu zaś pielęgniarskiego z drugiej strony, a bardziej jeszcze okoliczności, w jakich zakażeniu uległa chora wymieniona, potwierdzają liczne spostrzeżenia, że chorzy na dur plamisty odwszawieni nie są niebezpieczni dla otoczenia wolnego od wszy. Codzienne doświadczenie uczy jednak, że dokładne odwszawienie chorych nie jest rzeczą łatwą. Jednorazowe oczyszczenie i jednorazowa kąpiel bardzo często nie wystarczają. Dlatego, aczkolwiek chorzy na dur plamisty odwszawieni nie przedstawiają niebezpieczeństwa zakażenia dla otoczenia wolnego od wszy, — to jednak świeżo przyjętych podejrzanych lub chorych na dur plamisty należy stanowczo odosabniać, przynajmniej w pierwszych dniach po przyjęciu do szpitala. Dopiero kiedy się nabierze przekonania w ciągu kilku dni, że chorzy są bezwzględnie wolni od wszy, wtedy dopiero, — o ile do tego warunki zmuszają, — można ich kłaść w sali, w której leżą chorzy nie na dur plamisty.

Streszczenie.

W durze plamistym:

I. Zwolnienie tętna (w stosunku do stopnia ciepłoty), trwające do końca okresu gorączkowego, jest rzeczą wyjątkową.

II. Wysypka w postaci plamistoguzkowej występuje nierzadko.

III. Powiększenie śledziony (śledziona macalna) może przetrwać okres gorączkowy.

IV. Własności surowicy krwi matki agglutynowania szczepu x_{19} nie przechodzą do surowicy krwi płodu, względnie oseska.

V. Podejrzanych lub chorych na dur plamisty należy w pierwszych dniach po przyjęciu do szpitala bezwzględnie odosabniać.

Piśmiennictwo. 1) Arnold: Przegl. lek. 1918. Nr 22. — 2) Chiari: Wiener kl. W. 1919. Nr 18. — 3) Hewelke: Medyc. i Kron. lek. 1917. Nr. 9—12. — 4) Jochmann: Lehrb. d. Infektionskrankh. — 5) Krause: w Handb. d. inn. Med. von Mohr u. Staehelin. — 6) Kyrle u. Morawetz: Wiener kl. W. 1915. Nr 47. — 7) Kyrle u. Morawetz: Wiener kl. W. 1916. Nr 14. — 8) Schöhne: M. m. W. 1918. Nr 36. — 9) Sterling-Okuniewski: Dur wysypkowy. 1917. — 10) Weil-Felix: Wiener kl. W. 1916. Nr 31. — 11) Weil-Soucek: D. m. W. 1917. Nr 30. — 12) Werner u. Leoneanu: M. m. W. 1918. Nr 22.

Wyleczenie pęknięcia śledziony tamponadą.

Podał

Dr Roman Hinze,

prymaryusz Szpitala powszechnego w Rzeszowie.

Heineke, pisząc w r. 1913 o leczeniu pęknięć śledziony, wspomina o dwóch przypadkach wyleczenia tamponadą, a mianowicie o przypadku Loisona i o przypadku Watkinsa. Ponieważ są to jedyne dwa przypadki z całej światowej literatury chirurgicznej, przeto pozwalam sobie ogłosić, jako trzeci, mój przypadek z r. 1914, wyleczony również tamponadą. Spóźniłem się z tą publikacyą wskutek nawału pracy i wypadków wojennych.

Przed opisem mojego przypadku przytoczę trzy zdania z rozprawy prof. Heinekego. Między innemi pisze on: 1) Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy krwotokiem wewnętrznym, a rozpoczynającem się zapaleniem otrzewnej przy pęknięciu żołądka lub jelita, jest trudne, a w przypadkach gwałtownie przebiegających — niemożliwe. 2) Z chwilą, gdy nabierzemy przekonania, że jeden z narządów jamy brzusznej uległ uszkodzeniu (pęknięciu), musimy konsekwentnie uznać konieczność zabiegu chi-

rurgicznego. 3) Leczenie chirurgiczne pęknięcia śledziony zależy: od ogólnego stanu chorego, od zrostów, jakie wewnątrz napotkać możemy, tak, że częstokroć operacya wycięcia śledziony staje się niemożliwa i tamponada pozostaje jako jedyne wyjście.

Te trzy zdania, zaczerpnięte z pracy prof. Heinekego, są niejako całą historyą mojego przypadku.

D. 24. VIII. r. 1914 przywieziono do szpitala powszechnego w Rzeszowie 52-letniego mężczyznę (J. P. z Boguchwały), który spadł z przydrożnego mostu, około $2^1/_2$ metrów wysokiego i doznał poważnych obrażeń wewnętrznych.

Stan chorego, którego badałem i operowałem wspólnie z Dr Nieciem, przedstawiał się, jak następuje: Twarz, skóra tułowia, paznokcie u rąk i dostrzegalne błony śluzowe, blade z odcieniem sinawym. Na czole obfity pot, oczy zapadłe i mętne, głos słaby. Tętno 120, bardzo słabo napięte. Brzuch silnie wzdęty i na dotykanie bardzo wrażliwy. Badanie stłumienia wątroby i śledziony nie dawało wyraźnych wskazówek; podobnie badanie stłumienia po bokach brzucha, któreby pozwalało stwierdzić obecność wolnego płynu w jamie otrzewnej, pewnego wyniku nie dawało. Jednem słowem, rozpoznanie, czy zaszło pęknięcie żołądka lub jelita, czy też pęknięcie którego z narządów miąższowych, było niemożliwe. Zgodziliśmy się obaj bez wahania, że chorego można ratować tylko drogą chirurgiczną.

W uśpieniu chloroformowem wykonałem otwarcie jamy brzusznej w linii środkowej, na wysokości dwunastnicy. Przez ranę tę poczęła się wylewać z jamy otrzewnej obficie płynna krew, barwy wiśniowej. W kilku sekundach zoryentowaliśmy się o stanie żołądka i okolicznych jelit, a ponieważ chory skarżył się na najsilniejsze bóle w górnych okolicach brzucha, przeto z kolei zbadaliśmy wątrobę i śledzionę. Wsunąwszy rękę pod lewy łuk żebrowy, t. j. w okolicę śledziony, przekonałem się, że została ona w zupełności zmiażdżona i że w tej okolicy znajduje się jedynie masa krucha i miękka. Jednym ruchem dłoni usunąłem te resztki wraz ze znaczną ilością krwi płynnej, następnym zaś ruchem zamierzałem pochwycić wnękę śledziony wraz z dochodzącemi do niej naczyniami, by założyć na nie podwiązkę. Niestety trud to był daremny; o zoryentowaniu się w tej głębokości, pośród wzdętych jelit i znacznej ilości krwi, nie było nawet mowy. Nie pozostawało nam zatem nic innego, jak szczelne wytamponowanie lewego podżebrza, co też uczyniliśmy, wprowadzając około $1^1/_2$ metra gazy wyjałowionej w tę okolicę. Koniec tamponu wyprowadziliśmy poza ranę w jamie brzusznej i ranę laparotomijną szczelnie zaszyliśmy.

Chory wyzdrowiał bez powikłań, do dziś dnia żyje i czuje się zupełnie dobrze.

Oceny i sprawozdania.

Szczęsny Bronowski: **Choroby wewnętrzne.** Podstawowe sposoby badania klinicznego. Cz. I. Oglądanie i opukiwanie. Cz. II. Obmacywanie, mierzenie i osłuchiwanie. Warszawa, Gebethner i Ska. Stron XXIX. 909. rok 1917. 1919.

Piśmiennictwu naszemu naukowemu przybywa nowe dzieło, oryginalne, o piętnie nowoczesnem, które witamy z radością tembardziej, że dotychczas podobnego nie mieliśmy. W dziele tem opracowuje autor sposoby badania klinicznego, podstawowe i zasadnicze dla każdego lekarza.

Materyał naukowy, zebrany przez autora, jest opracowany z dużą wiedzą i doświadczeniem klinicznem, widocznem w każdym rozdziale książki i na każdej prawie jej stronicy. Niezwykła sumienność i dokładność, posunięta, powiedziałbym, do drobiazgowości, cechuje pracę autora i stanowi główną zaletę dzieła; autor nie pomija żadnego objawu; nie zadowalnia się podaniem suchych faktów i wyników badań, lecz wiele z nich omawia ze stanowiska patologii, dyagnostyki, prognostyki, jak n. p. różne rodzaje tętna, obrzęki, duszność i t. d. Czytelnik ma w ten sposób zestawione nietylko sposoby badania oraz ich technikę, lecz także podane stany chorobowe, w których występują zmiany, jakie badaniem swem stwierdza.

Materyał naukowy swej książki rozdziela autor nie według narządów, jak to dotąd w podręcznikach się spotyka, lecz według metod badania, t. z. w każdym poszczególnym rozdziale podaje sposoby i wyniki jednej metody (obmacywanie, osłuchiwanie i t. d.) kolejno dla wszystkich narządów. Ten sposób ujęcia materyału przez autora jest może mniej praktyczny i przejrzysty, zwłaszcza dla uczącego się, który wolałby raczej mieć zebrane razem wszystkie sposoby badań fizycznych, odnoszące się do danego narządu (płuc, serca i t. d.), a nie był zmuszony szukać ich w różnych rozdziałach książki. Z tego powodu, jakoteż i z powodu nagromadzenia ogromnej ilości faktów, danych klinicznych oraz szczegółów i t. p., wśród których uczący się, zwłaszcza początkujący, zgubić się może, dzieło to nadaje się w większym stopniu dla lekarzy praktykujących lub pracujących w szpitalach i klinikach, którzy z pomocą dzieła tak szczegółowego mogą z wielkim pożytkiem uzupełniać swe wiadomości.

Trudno na tem miejscu wchodzić w szczegóły i omawiać po kolei wszystkie rozdziały. Podnieść jednak należy, że niektóre rozdziały są szczególnie dobrze opracowane, przyczem nieraz podaje autor zestawienia bardzo pożądane, a rzadko spotykane w podręcznikach nauki o badaniu fizycznem. Tu należy n. p. rozdział o oglądaniu oka, stanowiący bardzo praktyczny zarys dyagnostyki spraw chorobowych, przebiegających z zaburzeniami ocznemi.

Co się tyczy badania stłumienia serca, zwróciłbym uwagę, że w tym rozdziale pożądane byłoby krytyczne zestawienie sposobów opukiwania serca i wskazanie, które z nich najbardziej nadają się do ogólnego użytku uczących się, z uwagi na to, że niektóre z dotychczas znanych sposobów opukiwania serca (z wyjątkiem sposobu Goldscheidera) są już przestarzałe i bywają powoli zarzucane; obrazy n. p. stłumienia powierzchownego i głębokiego, dotychczas szablonowo wypukiwane, nie są prawdziwe i nie odpowiadają stanom rzeczywistym, bo nie uwzględnia się w nich zmian w konfiguracyi brzegów płuc.

Również z korzyścią dla uczących się byłoby, zdaniem mojem, omówienie tętna niemiarowego i różnych jego rodzajów ze stanowiska zaburzeń mechanizmu serca i zestawienie obrazów jego w kombinacyi z obrazami tętna żylnego i tętna serca tak, jak się to obecnie czyni.

Autor uwzględnia bardzo obszernie piśmiennictwo polskie, tyczące badań fizycznych, przytacza wszędzie prace, spostrzeżenia, wyniki badań oraz metody autorów polskich, którzy wiele przyczynili się do pogłębienia i rozwoju „badań klinicznych. W ten sposób dowie się szerszy ogół lekarzy, że spora jest liczba badaczy naszych, którzy pracami swemi nie ustępują miejsca zagranicznym. To poczytać należy autorowi dzieła za jedną z zasług.

Rysunki, tablice, obrazy i t. p. wykonane poprawnie. Wydanie w obecnych czasach wojennych dzieła tak obszernego wymagało z pewnością pokonania wielu trudności; toteż należy się autorowi za pracę i trud pełne uznanie.

Doc. Nowaczyński.

Jan Danysz: **Principes de l'evolution des maladies infectieuses**, p. 170, Paris 1918.

Dzieło znanego badacza daje jasne pojęcie o bardzo zawikłanych sprawach, dotyczących chorób zakaźnych, uodporniania, nadwrażliwości i t. p. Jednocześnie usiłuje autor na podstawie swych zapatrywań zaprowadzić podział chorób zakaźnych i wskazać zasady ich leczenia. Zakończenie daje jakby pogląd ogólny na sprawy życiowe w ustroju. Wychodząc z założenia, że cząsteczka białkowa jest w stanie równowagi niestałej, wahając się między stanem gel i stanem sol, to jest mniej lub więcej skupionym, mniej lub więcej rozpuszczalnym, przechodzi autor po kolei wpływy, jakie wywołują trucizny bądź krystaliczne, bądź koloidalne, a zatem i drobnoustroje na ową cząsteczkę (micelle), która stanowi jakby niedziałkę, czy ostateczny składnik ustroju. Podstawą badań autora był wpływ związków arsenowych na taką cząsteczkę białkową. Jeżeli wstrzykniemy do żyły pewną ilość związku arsenowego koloidalnego, to wywołać możemy zapad, zależnie od szybkości wstrzyknięcia i od zawartości soli. Autor wykazuje zupełną analogię z procesami uodporniania i przewrażliwości (anafilaksyi). Na przykładzie jadu błonicy i tężca objaśnia autor wytwarzanie przeciwjadów w ustroju i zaznacza, że w typie tych chorób nie bywa zapadu anafilaktycznego, ponieważ jad i przeciwjad są rozpuszczalne. Nadmiar przeciwjadu nie jest szkodliwy i wyleczenie równoważne jest z wytworzeniem dostatecznej lub nadmiernej ilości przeciwjadów. Innym typem jest jad gruźlicy, który dla ustroju prawidłowego nie jest trujący (brak odczynu) i zaczyna być trujący dopiero po wytworzeniu przeciwjadów. Te przeciwjady usposabiają do dalszego krzewienia się i dalszego zatrucia. Po-

dobne działanie wywiera prątek durowy, który dopiero po częściowem strawieniu przez ustrój (inkubacya) wytwarza przeciwjad trujący i wywołujący zapad. Anafilaksya czyli przewrażliwość jest tu przewlekła i trwa dopóty, dopóki wytwarza się przez trawienie prątków przeciwjad w ustroju, który sam przez się jest trujący. Tu więc leczenie polegałoby na powolnem powiększaniu ilości prątków, któreby ten wytworzony przeciwjad chłonęły. Na podstawie tych rozumowań omawia autor sposoby leczenia, które w pierwszym razie polegałyby na wprowadzaniu przeciwjadu (błonica, tężec), w drugim na wprowadzaniu prątków (dur) i przyzwyczajaniu ustroju do trawienia zupełnego tych prątków, jak trawi ustrój prątki okrężnicy (b. coli). Przeczulenie i zapad anafilaktyczny uważa autor za wynik tworzących się przeciwjadów, które tworzą związki nierozpuszczalne. Jady rozpuszczalne nie koloidalne — nie wywołują zapadów. Sprawom nerwowym poświęca autor rozdział osobny, przytaczając przykład, gdzie po znieczuleniu chloroformem zapad anafilaktyczny był mniejszy, a zwierzę mimo to zachowało wpływ szczepienia (Besredka). Klasyfikacyą chorób, wskazówkami leczniczemi i ogólnym poglądem biologicznym zakończa autor swą zajmującą pracę.

Dr Wacław Moraczewski.

Notatka słownikowa
prof. Browicza.

samopozbywanie się, autotomia.
choroba ruchowa, Bewegungserkrankung, kinetosis.
próba życiowa, bioscopia.
od(prze)nosiciel rannych, Blessiertenträger.
wszczepianie nabłonka, enkatarrhaphia, Epitheleinsenkung.
donosowy, nasopetal.
przekrwienie ze zwątlenia, hyperaemia atonica.
przekrwienie porażne, hyperaemia myoparalytica.
żółcień roślinna, Xantophyll, Blattgelb.
przyswajalny, assimilierbar.
tłuszczowatość, lipoidosis.
opatrunek klejowy, Leimverband.
o(d)czyszczalnia, Kläranlage.
oswojenie, domesticatio.
odswajanie, dissimilatio.
odmiennotypowy, heterotypicus.
wewnątrzkrwinkowy, endoglobulär.
wzajemnopłciowy, bisexuell.
śródgardle, mesopharynx.
przegrzewanie, thermopenetratio, Transthermie, Diathermie.
dźwigadła chorych, Krankenaufrichter.
jad wydzielony, Esto(Exo)toxin.
skrobanie łyżeczką, ecochleatio.
leczenie pragnieniem, Durstkur.
uczulenie, sensibilisatio.
choroba, zatrucie odtarczyczne, thyreotoxicosis.
odłożyskowy, diaplacentaris.
odtarczyczny, thyreogen.

Konferencya balneologiczna w Krynicy.

W dniach 15. do 19. września b. r. obradowała w Krynicy zwołana przez Małopolski Okręgowy Urząd zdrowia konferencya balneologiczna. Konferencya ta miała na celu zoryentowanie się co do stanu powojennego naszych zdrojowisk i uzdrowisk, przedłożenie planów na sezon 1920, oraz planów inwestycyjnych na dalszą przyszłość. Pod przewodnictwem dyrektora Okręgowego Urzędu zdrowia, Dr Mikołajskiego, zebrali się liczni przedstawiciele zdrojowisk i uzdrowisk Małopolski. Obecni byli także posłowie Dr Steinhaus i Dr Ćwikowski, dyr. Banku kraj. Steczkowski, prezydent Izby lekarskiej wschodniogalicyjskiej Dr Papée, inż. Namiestn. Dr Nadolski, referent spraw zdrojowisk Ministerstwa zdrowia Dr Zakrzewski i i.

Wygłoszono cały szereg bardzo ciekawych referatów, jak n. p. inż. Nadolskiego: Plan przebudowy Krynicy, Dr Wąsowicza: O organizacyi zdrojowisk i t. d., poczem rozwinęła się wyczerpująca dyskusya. Szczegółowo zastanawiano się nad sprawą upaństwowienia zdrojowisk i uzdrowisk czy to drogą wywłaszczenia, czy wykupu; konferencya oświadczyła się przeciwko upaństwowieniu zdrojowisk, natomiast za tworzeniem wielkich towarzystw akcyjnych, obejmujących całe grupy zdrojowisk z gwarancyą państwa.

Z powziętych rezolucyi najważniejsze są następujące:

Konferencya balneologiczna domaga się:

1. rozszerzenia i wzmocnienia nadzoru sanitarnego i technicznego nad zdrojowiskami przez utworzenie rządowego inspektoratu sanitarnego i balneotechnicznego,

2. zakładania w zdrojowiskach lecznic sezonowych na etacie szpitalnym celem uprzystępnienia ludności niezamożnej leczenia zdrojowego,

3. natychmiastowego utworzenia komisyi szacunkowych dla ocenienia szkód wojennych i bezzwłocznego zaliczkowego wypłacenia odszkodowań wojennych,

4. ułatwień komunikacyi kolejowych w czasie sezonu kąpielowego,

5. zwolnienia od podatków na lat 20 nowobudujących się domów w zdrojowiskach i ujednostajnienia systemu podatku domowoczynszowego-dla zdrojowisk,

6. specyalnego traktowania i poparcia finansowego tych zdrojowisk, które wskutek wojny uległy zupełnemu zniszczeniu lub zaniedbaniu, jak Rymanów, Morszyn, Lubień, Szkło, Wysowa i t. d.,

7. podniesienia eksportu wód krajowych, a utrudnienia importu zagranicznych; kontroli inspektoratu sanitarnego dla zdrojowisk nad eksportem wód,

8. wydatniejszego popierania aprowizacyi zdrojowisk,

9. gwarancyi Państwa dla pożyczek w bankach krajowych na inwestycye w zdrojowiskach,

10. nieprzedkładania Sejmowi będącej w opracowaniu ustawy dla zdrojowisk i uzdrowisk bez porozumienia się ze zdrojowiskami i innymi interesowanymi czynnikami.

Dr Stanisław Lewicki.

Wiadomości bieżące.

— Wśród wykładów, ogłoszonych na Uniwersytecie poznańskim, znajduje się studyum wychowania fizycznego, do którego należą wykłady higieny szkolnej i teoryi wychowania fizycznego prof. Dr Piaseckiego, dalej wykłady o pomocy w nagłych wypadkach Dr Szulca, wreszcie ćwiczenia gimnastyczne pod kierunkiem majora Sikorskiego. Studyum to rozłożone jest na 4 półrocza i obejmuje po 15—17 godzin wykładów i ćwiczeń tygodniowo, ma zaś wykształcić wychowawców fizycznych. Wykłady higieny szkolnej są przeznaczone dla wszystkich kandydatów nauczycielskich, a ćwiczenia gimnastyczne dla wszystkich słuchaczy i słuchaczek bez względu na Wydział.

— Choroby zakaźne w Warszawie od 14. do 20. IX. przedstawiały się następująco: zachorowań na ospę 2, płonicę 29, dur plamisty 39, brzuszny 50, powrotny 2, czerwonkę 31. W Łodzi od 14. do 27. IX. było zachorowań: na dur plamisty 19 († 2), brzuszny 57 († 5), czerwonkę 58 († 14), płonicę 39 († 4); odkażono 1312 mieszkań, odwszawiono 14147 osób.

Redakcya otrzymała: Klęsk: Ocena niezdolności do pracy u inwalidów. (»Walka o zdrowie« 1919). — Rychliński Wacław: O tokogenetycznych przetokach moczowych. Kraków 1919. Str. 12.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 41. Kraków, 11. października 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K 15·—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K.

Rok LVIII. Kraków, 11 października 1919 Nr. 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

OTWARCIE WSZECHNICY WILEŃSKIEJ.

W Polsce wielkie święto. Otwiera znów po wiekowej przerwie swe podwoje Uniwersytet wileński, wszystkim polskim sercom szczególnie droga Wszechnica Batorego. Budzi się do nowego życia w setną rocznicę swej najświetniejszej doby ten uniwersytet, gdzie nauczyciele i uczniowie wzajemnie byli siebie godni, uniwersytet Śniadeckich, uniwersytet Mickiewicza.

Z sześciu Wydziałów Wszechnicy wileńskiej powraca do pracy Wydział lekarski w warunkach najtrudniejszych. Dla potrzeb kraju, dla tradycyi téj Wszechnicy uważana za konieczną, musi jego odbudowa zaczynać od fundamentów, a siły mierzyć na zamiary.

W wierze w twórczą moc Narodu czerpiemy nadzieję, że odnowiona Wszechnica zwalczy wszelkie przeszkody a młodość poda jej skrzydła. Niechaj to ognisko nauki jaknajżywszem zapłonie światłem i niech całą swą ziemicę rozjaśni promieniami prawdy, piękna i dobra.

Ocena jaglicy, jej leczenie i zapobieganie ze stanowiska wojskowo-lekarskiego

napisał *)

major-lekarz

Dr Teodor Bałłaban,

prymaryusz szpitala ocznego Wojsk polskich we Lwowie.

Ocena zdolności do służby polowej żołnierza chorego na jaglicę jest bardzo ważna, ale częstokroć nie łatwa. Trudność takiej oceny wynika głównie z tego powodu, że pomimo licznych klinicznych i anatomicznych badań jaglicy nie zdołano dotychczas wyjaśnić patogenezy tej choroby, a tem samem nie posiadamy żadnej krytycznej podstawy, którąby dawała nam pewność w odróżnianiu jaglicy od innych chorób, zbliżonych do niej obrazem klinicznym, a jednak niezakaźnych. Wiemy, że od czasu podstawowych badań Raehlmanna nad istotą jaglicy, wiedza nasza nie wzbogaciła się o wiele więcej w tym kierunku. Jak bowiem z jednej strony badania bakteryologiczne i na zwierzętach, z wyjątkiem poszczególnych badań, przeprowadzonych na małpach, nie dały dotychczas żadnego wyniku dodatniego, tak z drugiej strony znajdowane tylko w nabłonku jaglicze ciałka Prowazeka, — przedstawiające czapkowato na jądrze usadowione grupki maleńkich ziarnek, — nie mają wybitnie rozpoznawczego znaczenia; często bowiem niema ich zupełnie nawet w przypadkach bardzo rozwiniętej jaglicy, a nierzadko znowu dają się one spostrzegać w chorobach innego pochodzenia, jak w mieszkowym nieżycie spojówek, a zwłaszcza w śluzoropotoku noworodków. Prócz tego nie dało się dotychczas ustalić, czy ciałka Prowazeka są wytworem komórki, czy też należy je uważać za pasorzyty. Jeżeli prócz tego uprzytomnimy sobie jeszcze wyniki badań patologiczno-anatomicznych, przyczem, jak wiemy, obraz ziarna jagliczego jest całkiem podobny do obrazu mieszka, to upada temsamem i ten ostatni objaw rozpoznawania jaglicy. Prócz mieszkowego nieżytu spojówek, którego często klinicznie nie można odróżnić od jaglicy, istnieją jeszcze inne choroby spojówki, mające niejednokrotnie charakterystyczne znamiona jaglicy, jak przerost brodawkowy lub ziarnisty. Do najczęstszych takich chorób należy zaliczyć przewlekłe zapalenie wiewiórowe, gruźlicę, nieżyt wiosenny, a także nieżyt spojówek Parinauda. W przypadkach takich, które niejednokrotnie nie dają możliwości ścisłego rozpoznania jaglicy, pozostaje jedyną rozpoznawczą oceną czas trwania i przebieg choroby. Tak wiemy n. p., że mieszkowy nieżyt spojówek nie wywołuje zbliznowacenia spojówek, a jego okres ostry daje się zazwyczaj usunąć w przeciągu 4—6 tygodni, a tem samem obraz kliniczny staje się po upływie tego czasu wyraźny. O ile więc już dla doświadczonego okulisty jest częstokroć bardzo trudno w takich niepewnych przypadkach ustalić rozpoznanie jaglicy, to tem trudniej jest to dla lekarza nie specyalisty. Dlatego też dla pewności w takich przypadkach rozpoznajemy: »podejrzenie o jaglicę«. Chory taki musi być odesłany do dokładnego rozpoznania, względnie do leczenia szpitalnego.

Rozstrzygnięcie, czy dany przypadek jest jaglicą, jest właśnie dla celów wojskowych wielkiej doniosłości; jak bowiem jest niedopuszczalny pobór żołnierzy, cierpiących na długotrwałą lub nieuleczalną jaglicę, tak znowu należy o tem pamiętać, że przez mylne rozpoznanie i niedokładną ocenę bywają usuwane całe kompanie, a nawet bataliony od służby polowej.

Chcąc podać choćby tylko pobieżnie charakterystykę i zaraźliwość jaglicy, muszę przedewszystkiem zaznaczyć, że jakkolwiek jestem daleki od tego, abym powątpiewał o zaraźliwości jaglicy, to jednak, opierając się na mojem doświadczeniu przedwojennem i doświadczeniu zebranem podczas wojny, sądzę, że obawy przed zakażeniem i przeniesieniem jaglicy są często przesadne, gdyż, jak wiemy, traci wydzielina jaglicza bardzo rychło swoją jadowitość, a wyschnięta nie jest więcej zakaźną.

Również nasze codzienne doświadczenie przemawia prze-

*) Z polecenia Departamentu spraw wojskowych w Warszawie.

ciwko powszechnie przyjętemu zapatrywaniu, jakoby jaglica była tak bardzo i absolutnie zakaźną, gdyż w ambulatoryach szpitalnych, jakoteż w ordynacyach lekarskich, gdzie przez rok cały bywają leczone liczne przypadki jaglicy, nie spostrzegamy przeniesienia się tej choroby na innych chorych. Tak samo liczne przypadki, w których od lat wielu jedno oko jest chore na jaglicę, a oko drugie utrzymuje się zdrowe, pomimo że częstokroć nie bywają przestrzegane środki zapobiegawcze, przemawiają przeciwko zbytniemu niebezpieczeństwu zakażenia jaglicą.

Powstanie i rozwój jaglicy stoi w bezpośrednim związku z tem, że się nie przestrzega odpowiednich zarządzeń sanitarnych, to też w Polsce, gdzie jaglica panuje miejscowo, rozprzestrzenia się ona po największej części masowo u rodzin ubogich, z powodu braku odpowiedniej czystości. A mimo to doświadczenie poucza, że do mieszkań, gdzie zamieszkiwała rodzina chora na jaglicę, bez następowego i należytego odkażenia, sprowadzający się nowi mieszkańcy jaglicy nie ulegają. Wszystkie te okoliczności są zatem dla nas pewnym dowodem, że jaglica nie szerzy się przez powietrze, że zaraźliwość jaglicy nie jest tak wielka, jak to ogólnie przypuszczano i że powstaje ona jedynie tylko przez zetknięcie.

W ciągu wieloletniej praktyki lekarskiej każdy ze specyalistów miał z pewnością sposobność widzieć i niejednokrotnie tłumić epidemie jaglicy, powstałe w zakładach zamkniętych, jak n. p. ochronkach, internatach, domach karnych i t. p. Zazwyczaj do czasu, zanim epidemię taką odkryto i zawezwano pomocy lekarskiej, wiele z osób, znajdujących się w takich zakładach, zachorowało już na jaglicę. Przy dokładnem i krytycznem badaniu takich epidemii musiała jednak każdego zdziwić ta okoliczność, że bardzo często właśnie ci, którzy bezsprzecznie i najczęściej stykali się lub bezpośrednio sąsiadowali z chorymi na jaglicę, chorobie tej nie ulegali. Wyjaśnić da się to tylko w ten sposób, że jak każda choroba zakaźna, tak i jaglica miewa różne nasilenia zarazka i że do jej wystąpienia u dotyczącego osobnika musi istnieć pewnego rodzaju skłonność.

Na podstawie długoletnich i bardzo szczegółowych moich badań klinicznych doszedłem do przekonania, że jaglica jest zaraźliwa głównie w pierwszym swym okresie, natomiast jej postacie powrotne i przewlekłe, nawet w przypadkach, w których istnieje silna i wzmożona wydzielina, tracą częściowo lub nawet całkowicie swą zaraźliwość. Następnie stwierdziłem, że, pominąwszy zakaźność samej miazgi ziarnek jagliczych, która n. p. przy wyciskaniu ziaren dostaje się przypadkiem do worka spojówkowego i tu, skoro trafi na przychylne warunki rozwoju, sprowadza powstanie jaglicy, miarodajnym czynnikiem zaraźliwości jaglicy jest tylko jedynie jej wydzielina.

Opierając się na tych klinicznych przesłankach, badałem drobnowidowo w bardzo licznych przypadkach jaglicy wydzielinę, zebraną z worka spojówkowego. Jakkolwiek badania te nie dały dla jaglicy żadnego znamiennego rozpoznawczego wyniku, to jednak zezwalają one na pewne wnioski, które mogą być wskazówkami co do sposobu dalszych badań nad zakaźnością jaglicy. I tak w zasadzie przekonałem się, że nie popełni się zbyt wielkiego błędu, jeżeli wyniki badań drobnowidowych nad wydzieliną jagliczą podzieli się na dwie kategorye. Do kategoryi pierwszej zaliczyć należy te przypadki ostrej jaglicy, w których preparaty na szkiełkach nakrywkowych wykazują obok prawie zawsze znajdowanych gronkowców, także paciorkowce. Natomiast na preparatach drugiej kategoryi znajdują się te drobnoustroje w znikomej ilości, spostrzegać się zaś dają poszczególne prątki Koch-Weeka, dwoinki zapalenia płuc, a czasem bardzo liczne prątki kserozy. Stosownie do tych moich spostrzeżeń, odróżniam też dwa rodzaje wydzieliny jaglicy, a mianowicie: wydzielinę ostrej jaglicy, która jest zakaźną i wydzielinę jaglicy przewlekłej i powrotnej, która jest nieżytową i niezakaźną.

Tej też okoliczności skłaniałbym się przypisać, że w jednym przypadku dają się wykazać ciałka Prowazeka, niema ich zaś zupełnie w innych przypadkach i sądzę, że dalsze badania nad tym przedmiotem należy właśnie przedsiębrać w tym kierunku, badając odrębnie zmiany, powstałe w komórkach nabłonka przez wydzielinę zakaźną, a odrębnie zmiany, powstałe w nabłonku przez wydzielinę nieżytową.

Gdyby w ten sposób dalsze badania potwierdziły moje dotychczasowe doświadczenie, to temsamem dałby się osiągnąć znaczny postęp, jeżeli już nie w patogenezie, to przynajmniej w ocenie zakaźności jaglicy.

W każdym razie, opierając się na wynikach dotychczasowych moich doświadczeń, które stwierdzają, że wydzielina jaglicza jest zakaźną jedynie i głównie w pierwszym okresie i że jej zaraźliwość w okresie drugim jest conajmniej bardzo znacznie zmniejszona, otwiera się dla lekarza wojskowego tem samem nowy kąt widzenia, pod którym powinien żołnierzy chorych na jaglicę oceniać co do zdolności do służby polowej. Sprawa ta jest tem większej doniosłości, że w czasie obecnej wojny należy się starać nie uszczuplać bez wyraźnej przyczyny tak nam potrzebnego wysokiego stanu armii czynnej, a temsamem należy być przezornym w ocenie niezdolności żołnierza chorego na jaglicę do służby polowej.

Na podstawie powyższych wywodów dochodzę do następujących wniosków w odniesieniu do poborowych i żołnierzy chorych na jaglicę:

1. Przypadki jaglicy z bliznami na spojówkach i bez wydzieliny ocenia komisya poborowa tak, jakby choroba zakaźna nie istniała.

2. Przypadki powikłane łuszczką, naciekami i wrzodami na rogówce, jakoteż wybitnemi zmianami w chrząstce i nieprawidłowem położeniem powiek i rzęs, jako najcięższe i nieuleczalne, decydują przy poborze o zwolnieniu. To samo dotyczy przypadków zaniedbanych z bardzo silnym przerostem ziarnistym i brodawkowym i silną śluzoworopną wydzieliną.

3. Wszystkie inne przypadki, i to bez względu na wydzielinę przy poborze, odsyła się do oceny szpitalnej przez lekarza-okulistę. Z tych przypadków pozostają w leczeniu szpitalnem tylko takie, które rokują usunięcie ostrego okresu jaglicy lub istniejącego nawrotu w przeciągu 2—3 miesięcy. O ile najdalej w 3-miesięcznym okresie nie osiągnie się wyleczenia jaglicy, zostaje chory na jaglicę, stosownie do wyniku dotychczasowego leczenia, przedstawiony komisyi superrewizyjnej do czasowego urlopu lub do zupełnego zwolnienia ze służby wojskowej. Dłuższe przetrzymywanie takich chorych w leczeniu szpitalnem jest niedopuszczalne, gdyż obciąża niepotrzebnie stan szpitala i skarb państwa.

Leczenie jaglicy.

Co się tyczy leczenia jaglicy, to głównem staraniem lekarza wojskowego musi być oddane do leczenia szpitalnego przypadki jaglicy w możliwie najkrótszym czasie uleczyć lub co najmniej doprowadzić do takiej poprawy, którąby umożliwiała służbę polową. Z tego powodu chciałbym przedewszystkiem przestrzedz przed bezmyślnem i bezwzględnem stosowaniem azotanu srebra i miedzi. Ten sposób leczenia, który ma za sobą jeszcze dotychczas licznych zwolenników, o ile często nie jest wprost szkodliwy, to w każdym razie jest bardzo przewlekły i długotrwały.

Najpewniej i najprędzej wiedzie do celu leczenie kombinowane, a przedewszystkiem szczegółowo stosowane do każdego przypadku. Jakkolwiek jest niemożliwe podać stałe przepisy, normujące leczenie w poszczególnych okresach jaglicy, to jednak chcę podać te sposoby leczenia, którymi się posługuję i które, o ile się przekonałem, wiodą najpewniej i najszybciej do celu.

1. W okresie ostrym jaglicy, przyczem załamek spojówki jest twardo naciekły i bardzo napęczniały, stosuję początkowo co godzinę zakraplanie rozczynem 0·01:50 oksycyanku rtęciowego (hydrargyrum oxycyanatum) i trzy razy dziennie po pół godziny suche zimno, w postaci worka z lodem. Przed przyłożeniem na oko zawija się worek w trójkątną chustkę lub w ręcznik. W przypadkach rozległego przerostu ziarnistego i brodawkowego usuwam cały załamek operacyjnie. Pomimo sprzecznych zapatrywań co do korzyści tego zabiegu, zabieg ten skraca stanowczo czas trwania choroby, przyczem, o ile dany przypadek jest odpowiedni, zabieg ten nie wywołuje nigdy skrócenia powieki. Po wyleczeniu rany i usunięciu szwów stosuję codziennie uciskowe miesienie spojówki przy pomocy pręcika szklanego. Pręcik ten wsuwa się jedną ręką głęboko pod powiekę, a palcem drugiej ręki uciska się powiekę o pręcik, przyczem pręcik się obraca. W początku takie wałeczkowanie stosuje się na sucho, a następnie, gdy spojówka już nie krwawi, posługuję się $^1/_{20}$% maścią z oksycyanku rtęciowego. U osób wrażliwych należy przed tym zabiegiem znieczulić spojówkę 2% rozczynem nowokainy. Skoro po wałeczkowaniu wystąpi silniejsza wydzielina, to należy czasowo zaprzestać miesienia i stosować bardzo lekki rozczyn (najwyżej 1%) azotanu srebra. Po każdorazowem wałeczkowaniu przykłada się na oko przez pół godziny worek z lodem. W przypadkach, w których wydzielina nie jest ropna, lecz więcej śluzowa, stosuję zamiast lapisu 10—20% rozczyn protargolu. Prócz tego przepłukuje się 4—5 razy dziennie worek spojówkowy $^1/_{50}$% rozczynem oksycyanku rtęciowego. Jeżeli istnieje szczególna wrażliwość przeciwko lapisowi, co się objawia długotrwałem zadrażnieniem ca-

łej spojówki gałkowej i przykrymi objawami podmiotowymi, to używam 5% rozczynu argentaminy. Także włożenie małego kawałka 5% maści nowiformowej przed spaniem do worka spojówkowego lub założenie na kilka godzin dziennie opaski uciskowej na oko przyczynia się w wielu przypadkach bardzo rychło do zmniejszenia wydzieliny.

2. W okresie przewlekłym jaglicy, jeżeli ziarna jaglicze są wyraźne lub dadzą się uwydatnić przez zapuszczenie do worka spojówkowego rozczynu adrenaliny, wyciska się je, po należytem poprzedniem znieczuleniu, przyrządami Kuhnta. Gdy po takim zabiegu spojówka przyjdzie już do siebie, stosuje się w międzyczasie wałeczkowanie spojówek w sposób wyżej podany.

W przypadkach, w których brak jest większej wydzieliny, używa się przy rannej wizycie w ograniczony sposób sinego kamienia, zaś popołudniu lekkiego wycierania spojówek wacikami, moczonymi w $^1/_{50}$% rozczynie oksycyanku rtęciowego sposobem Keiniga. Po każdorazowym zabiegu stosuje się suche zimno.

3. W okresie jaglicy zbliznowaciałej, jeżeli w załamku znajdują się jeszcze ziarna, wyciska się je, a naprzemian stosuje wałeczkowanie. Prócz tego zapuszcza się 3—4 razy dziennie $^1/_{50}$% rozczyn oksycyanku rtęciowego. Jeżeli wydzielina się zwiększy, używa się raz dziennie 1% rozczyn azotanu srebra, a po jej usunięciu 5% rozczyn kuprocitrolu w glicerynie.

4. Przy początkowej łuszczce, przy naciekach i wrzodach rogówki należy przedewszystkiem energicznie leczyć spojówki. Przy łuszczce bardzo dobre wyniki lecznicze daje użycie 10% rozczynu kuprocitrolu. Jeżeli z powodu głębokiego wrzodu zachodzi obawa przebicia rogówki, należy stosować ezerynę i opaskę uciskową, której wartość lecznicza jest zawsze jeszcze niedoceniana. Co do użycia atropiny w tych przypadkach należy być bardzo ostrożnym. Bardzo korzystnie wpływa na przebieg leczenia przy łuszczce stosowanie suchego zimna, zaś przy naciekach i wrzodach stosowanie ciepła, i to najlepiej w formie pary. Przy świeżych naciekach i wrzodach rogówki działa korzystnie 5% maść ortoformowa, zaś przy wrzodach zadawnionych i trudno się gojących 2% maść optochinowa. W bardzo ciężkich przypadkach powikłań ze strony rogówki bez zmian na tęczówce dają podspojówkowe wstrzykiwania rozczynu soli kuchennej częstokroć bardzo dobre wyniki lecznicze. Jeżeli chrząstka jest bardzo zgrubiała i zniekształcona, wycina się ją sposobem, podanym przez Kuhnta.

Podając powyższe sposoby leczenia jaglicy, uwzględniłem tylko te, które zdają mi się najbardziej wskazane i najważniejsze. Temsamem nie są one jeszcze w zupełności wyczerpane, gdyż sama już różnorodność powstania i przebiegu jaglicy utrudnia, jeżeli już wprost nie uniemożliwia, wprowadzenie pewnych ściśle określonych przepisów leczniczych, i to głównie z powodu braku znajomości zarazka jaglicy. Znajdowane w wydzielinie ostrej jaglicy gronkowce i paciorkowce mogą być dla nas tylko wskazówką co do nasilenia i zaraźliwości wydzieliny jagliczej. Gdyby przez dalsze w tym kierunku badania powiodło się ustalić rodzaj tych drobnoustrojów i otrzymać ich hodowlę, możnaby następnie myśleć o sporządzeniu odpowiedniej szczepionki, co mogłoby mieć wielką doniosłość nietylko leczniczą, ale i zapobiegawczą.

Zapobieganie jaglicy.

Niemniej ważne, jak rozpoznanie i leczenie, jest dla lekarza wojskowego dokładne zapoznanie się ze środkami zapobiegającymi jaglica, jakoteż wydatne i umiejętne ich stosowanie.

Jaglica należy bezsprzecznie do tych chorób ocznych, których istotą w literaturze wyjątkowo licznie i wszechstronnie się zajmowano. Tej okoliczności zawdzięczać należy, że na podstawie klinicznych doświadczeń poznano dotychczas dokładnie niebezpieczeństwo zaraźliwości, jakie sprowadza pewien okres tej choroby, i to właśnie jest przyczyną, że poświęcono wiele uwagi sposobom, jakimi powstaniu jaglicy zapobiegać należy.

Zanim przedstawię przepisy zapobiegawcze, które mają obowiązywać w Wojsku polskiem, chcę przedewszystkiem wspomnieć pokrótce o najważniejszych zarządzeniach sanitarnych, których przy jaglicy przestrzegać należy.

Chcąc przeciwdziałać szerzeniu się zakaźnej jaglicy w wojsku, należy żołnierzy chorych na jaglicę oddawać do leczenia szpitalnego. Doświadczenie poucza jednak, że pozostawianie żołnierzy chorych na jaglicę w szpitalu ocznym, w którym znajdują się także chorzy na inne cierpienia oczne, — chociażby nawet w odrębnych i odosobnionych pokojach, nie jest korzystne. Jest bowiem prawie niewykonalne, pomimo nadzoru i nakazu, powstrzymywać od stykania się z innymi żołnierzami chorych, którzy poza chorobą oczną są fizycznie zdrowi. Przy tem należy pamiętać i o tem, że chorym na ostrą jaglicę wzbrania się nietylko czytania i pisania, ale i innych zajęć, które wzrok wysilają. Wskutek tego starają się oni często pokryjomu odszukać towarzysza, przebywającego przypadkowo i równocześnie na innym oddziale szpitala, a tem samem możliwość przeniesienia ich choroby na innych nie jest wykluczona. Z tego powodu jest bardzo wskazane, i to szczególnie u nas w Polsce, gdzie jaglica w wielu okolicach miejscowo panuje, starać się nietylko przy większych, ale także przy mniejszych załogach o stwarzanie osobnych szpitali jaglicznych, a o ile to jest niewykonalne, o umieszczanie chorych na jaglicę w barakach, osobno do tego przysposobionych. Jest też bardzo pożądane, aby takie szpitale lub baraki były umieszczone ile możności daleko od miasta, gdyż w ten sposób zabezpiecza się chorych przed szkodliwem działaniem wyziewów i kurzu miasta, a równocześnie wyzyskuje się w całości zbawienny wpływ świeżego i czystego powietrza na przebieg i czas trwania choroby.

Odpowiednio do tego muszą też izby, w których pomieszczeni są chorzy na jaglicę, być przestronne i przewiewne. Przeciętnie należy obliczyć 25 m³ powietrza na jednego żołnierza, przyczem należy się starać o należyte przewietrzanie poszczególnych izb. W tym celu nie jest wystarczające zwyczajne otwieranie okien, lecz należy po opróżnieniu izb trzy razy dziennie otwierać przez pół godziny na przestrzał drzwi i okna. Jeżeli przyjmiemy pokój o średniej wielkości i o dwóch oknach, to przy minimalnym prądzie powietrza o chyżości 1 m na sekundę, przewiewa przez pokój w przeciągu pół godziny 1500—1800 m powietrza zewnętrznego. Taki przewiew powietrza jest już zupełnie wystarczający, szczególnie jeżeli okna także w zimie przy odpowiedniem ogrzaniu izby są przez dłuższy czas codziennie otwierane. Ponieważ udowodniono, że przebywanie chorych na jaglicę w powietrzu czystem i zdrowem całkiem nieprawdopodobnie skraca czas trwania choroby, jest wskazane, ażeby szpital względnie baraki jaglicze znajdowały się wśród ogrodu i o ile możności w pobliżu wody. W takich warunkach mogą chorzy w lecie stale, w zimie zaś czasowo przebywać na wolnem powietrzu.

Co się tyczy ogólnej czystości ciała, to należy się starać, ażeby chorzy w lecie, o ile na to miejscowe warunki pozwalają, używali możliwie często kąpieli rzecznych lub stawowych, które podobnie, jak działanie świeżego powietrza, wywierają bardzo zbawienny wpływ przeciwzapalny na przebieg choroby. Jeżeli to jest niemożliwe, powinni chorzy przynajmniej raz w tygodniu dostawać kąpiel ciepłą, przyczem nie należy oszczędzać mydła. W tym czasie zmienia się bieliznę, a zużytą, jakoteż i ręcznik użyty przy kąpieli oddaje się do dezynfekcyi. Używanie parni jest wzbronione, gdyż powoduje ono zbyt silne przekrwienie gałek ocznych. Mycie twarzy i rąk we wspólnej miednicy jest niedopuszczalne, a ponieważ jest rzeczą bardzo kosztowną i praktycznie ciężko do przeprowadzenia obdzielenie każdego żołnierza osobną miednicą, jest więc najpraktyczniej zarządzić mycie się wodą odpływającą. W miejscach, gdzie niema wodociągów, należy ustawić w izbie przeznaczonej do mycia kilka blaszanych zbiorników, napełnionych wodą, a spływającą z pod kurka wodę odprowadzać albo wprost do kanału lub do zbiornika stosownie ustawionego. Szczególną uwagę należy zawsze zwracać na czystość rąk i dlatego musi się chorych w tym kierunku wprost wychowywać.

Największym przyjacielem jaglicy jest brud i kurz. Chcąc przeciwdziałać tym czynnikom szkodliwym, należy podłogi izb chorych pociągać lakierem olejnym, przez co dają się one łatwo oczyszczać mokremi szmatami. Zamiatanie suchemi szczotkami jest bezwarunkowo wzbronione. Dobrze jest podłogi nacierać czasowo naftą, przez co wyniszcza się dokładnie robactwo. Jeżeli w szpitalu istnieje ogrzewanie centralne, musi się na to uważać, aby każdy ogrzewalnik był codziennie kilkakrotnie wycierany mokrą ścierką, gdyż szczególnie przy ogrzewaniu o niskiem ciśnieniu, przy którem ogrzewalnik rozgrzewa się ponad 100° C., spala się proch nad ogrzewalnikiem i unosi się w powietrzu. Przy ogrzewaniu wodą, gdzie rozgrzanie ogrzewalnika da się stopniować od 40° do 80° C., okoliczność ta jest mniejszej wagi. Jest także bardzo wskazane, aby przed drzwiami każdej izby znajdowała się ścierka napojona lyzoformem, o którą chorzy przed wejściem do izby dokładnie wycierają podeszwy.

(Dokończenie nastąpi).

Z oddziału chorób nerwowych Szpitala powszechnego we Lwowie.

Studya z zakresu chorób układu mięśniowego[1])

podał

K. Orzechowski (Lwów).

II. Rozsiane zapalenie mięśni przewlekłe i liszaj rumieniowaty.

E. T., 27-letnia, wyrobnica, wolna, w obserwacyi oddziału nerwowego z przerwami od lipca 1913 do marca 1916.

I. Przyjęcie dnia 16. VII 1913 z kliniki dermatologicznej (Prof. Łukasiewicz); wypuszczona dn. 8. XI 1913.

Wywiady: Chora pochodzi z rodziny zdrowej, ojciec umarł na niewiadomą chorobę w 80 r. ż., matka żyje w wieku 70 l. Chora ma trzy siostry i jednego brata, wszyscy są zdrowi. Nigdy poważniejszych cierpień, a w szczególności zapalenia stawów, nie przebywała, tylko przed 2 laty kaszlała wiele i dużo odpluwała. Gorączki wówczas nie miała. Kaszel i odpluwanie od owego czasu dotąd stale się utrzymują, choć w mniejszym stopniu. Nie była zarażona płciowo, nie używała trunków. Peryody od 16 r. ż. były dotąd regularne. Apetyt dobry. Oddawanie moczu i stolca prawidłowe.

Od $1^1/_2$ roku cierpi na chorobę skórną. Z początku objawiała się ona zaczerwienieniem rąk, które znikało szybko i pojawiało się znowu. Następnie to zaczerwienienie pokazało się na twarzy, która opuchła, równocześnie okazało się znowu silniejsze zaczerwienienie na rękach i objawy te już nie ustępowały. To skłoniło chorą do udania się na tutejszą klinikę dermatologiczną, gdzie pozostawała przez osiem miesięcy.

Od $^1/_2$ roku zaczęła chora odczuwać po przejściu kilkunastu kroków bole, zmęczenie w nogach i brak oddechu, tak że musiała stawać i odpoczywać. Ojawy te z czasem tak się nasiliły, że chora może zaledwie kilka kroków zrobić. Z czasem wystąpiło też znaczne zmniejszenie siły w górnych kończynach.

Stan obecny: Kobieta lat 27, w dobrym stanie odżywienia, nie niedokrwista. Na twarzy i grzbietach dłoni zaczerwienienia pokryte łuskami, twarz lekko obrzękła. Podniebienie bez zmian. Tarczyca nie powiększona.

W prawym szczycie odgłos z przodu i z tyłu krótszy, tamże słyszy się czasem rzężenia. Zresztą furczenia skąpe w całych płucach. Poza tem narządy wewnętrzne bez zmiany. Tętno 92. Przebieg bezgorączkowy.

Układ nerwowy: Objawów Chvostka i Gräfego niema. Mechanicznem pobudzeniem mięśni nie uzyskuje się wyraźnych skurczów. Niema drżeń palców, powiek i języka. Źrenice równe, dobrze oddziałują na światło. Nerwy mózgowe bez zmian.

Górne kończyny: Zaniki zaznaczone mięśni nadgrzebieniowych i podgrzebieniowych łopatki, wybitny zanik obu mięśni naramiennych. Na przedramieniu miernie zanikła grupa wyprostna, lekki zanik kłębów dużych. Z ruchów w barku upośledzone jest podnoszenie, które możliwe jest tylko do poziomu. Ruchy w łokciu silnie upośledzone po prawej stronie, dobre po lewej. Ruchy wszystkich palców upośledzone, i to więcej po lewej stronie. Chora zgina palce lepiej, niż prostuje. Delikatniejszych czynności palcami nie może wykonywać. Odruchów brak.

W dolnych kończynach są wszystkie ruchy równomiernie lekko upośledzone. Chód paretyczny, stopy przytem opadają i chora podnosi nieco za wysoko kolana. Zaników wybitniejszych niema. Niema objawu Romberga. Odruchy kolanowe słabe, Achillesa lewy słaby, prawy dość żywy. Mięśnie na górnych i dolnych kończynach przy ucisku silnie bolesne. Niema zaburzeń czucia, ani bezładu ruchów.

Przebieg: Stosowano leczenie napotne (aspirynę i aparat Polano). Poprawa motoryczna i podmiotowa wyraźna przy wystąpieniu chorej ze szpitala.

II. Przyjęcie przypada na okres inwazyi rosyjskiej we Lwowie przez czas od 15. II 1915 do 20. III 1915.

Historya choroby zawiera tylko krótką notatkę. Po wypuszczeniu z oddziału nerwowego pozostawała chora przez 8 miesięcy na klinice dermatologicznej. W tym czasie poprawa siły i ruchów w dalszym ciągu stale postępowała, a także znacznie się poprawiła choroba skórna. Wypuszczono chorą z kliniki z wybuchem wojny. Przez cały następny czas czuła się zdrowszą i mocniejszą, znacznie lepiej chodziła i mogła używać rąk do drobniejszych zajęć, zupełnie zdrowa jednak nie była. Po przerwie niecałego roku zaczęły napowrót występować bole i osłabienie rąk i nóg i mniej więcej równocześnie wystąpiły napowrót zmiany chorobowe na skórze nóg, rąk i twarzy. Bole w rękach i nogach występują przy ruchach, w spokoju ustają, stale uczucie ociężałości ogólnej i osłabienia. W ostatnich trzech miesiącach bole wzmogły się do znacznej siły, zawsze jednak ograniczając się tylko do ruchów. O ile chora siedzi bez oparcia, doznaje silnego bolu w plecach, stara się więc zawsze siedzieć z oparciem pod plecy. W okresie poprawy zajmowała się szyciem, obecnie jest niezdolna do jakiejkolwiek pracy, nawet z trudem je sama, bo ręce odmawiają posłuszeństwa. Chodzić prawie zupełnie nie może.

Stan obecny: Dostateczny stan odżywienia. Lekki garb płaski w górnej części piersiowej kręgosłupa. Stłumienie w prawym szczycie. Rozsiane wilgotne i suche rzężenia w szczycie prawym i w lewej stronie z tyłu, w dole. Częstszy kaszel. Odpluwa rzadką plwocinę. Gruczoły limfatyczne niemacalne, tarczyca nieznacznie powiększona. Śledziona ani wątroba nie powiększone.

[1]) Pierwszy artykuł tej seryi p. t. »Dermatomyositis tuberculosa typus Boeck« oddany został do druku w »Gazecie lekarskiej«, 1919.

Mocz o c. g. 1026, zawiera ślad białka (0·006%) (Rob. Stolnikow), w osadzie wałeczków nie ma. Często stan podgorączkowy.

Opis stanu nerwowego zawiera tylko wzmiankę o bardzo znacznem upośledzeniu ruchów kończyn górnych i dolnych, znacznem utrudnieniu chodu i braku odruchów z górnych kończyn brzusznych, kolanowych i Achillesa.

III. Przyjęcie 24. II 1916, wypuszczona 21. III 1916.

Wywiady: Stan bez przerwy się pogarszał. Obecnie musi chora stale leżeć, nie może siadać bez pomocy, z trudnością przewraca się w łóżku, ledwo może kilka kroków zrobić. Musi być karmiona, bo z trudem ręce doprowadza do ust. Od kilku tygodni ma trudności połykowe, stałe pokarmy zostają w przełyku, płyny połyka lepiej, czasem jednak wracają nosem. Bole ma tylko przy ruchach. Wychudła, w okresie poprawy ważyła 63 kg., obecnie ma 58 kg.

Stan obecny: Przytłumienie w prawym szczycie, krótki odgłos w lewym. Rzężenia drobne w obu szczytach. Furczenia i rzężenia słabe w dolnych partyach płuc. Serce bez zmian, tętno 88. Śledziona nie powiększona. Prawie przez cały czas pobytu stan podgorączkowy, czasem dochodzący do 38·2. Leczenie zrazu strychniną, potem chininą do 3·0 gr. dziennie.

Układ nerwowy: Źrenice równe, dobrze oddziałują na światło. Chora nie może dobrze otworzyć szczęk, bo ją »ściąga«. Przytem zbitość i objętość żwaczy wydaje się prawidłową. Biernie także nie można silniej rozewrzeć szczęk. Twarz nieruchoma, wargi lekko ściągnięte, chora nie może jednak sznurować ust, także inne ruchy twarzy i powiek upośledzone, co mogłoby w pewnej części przynajmniej zależeć od pogrubienia skóry twarzy. Odruchy rogówkowe żywe, równe. Łuki podniebienne sinawo-czerwone, wydają się pogrubiałe i zbitsze, podniebienie jednak jest dobrze ruchome, z odruchami zachowanymi. Język prawidłowo ruchomy z odciskami od zębów, nie zanikły. Szyja i kark wychudzone. Głowę w tył, na przód i na boki chora porusza, ruchy te wykonuje z dość małą siłą i ze zmniejszoną amplitudą, bo ją »ściąga i dalej nie pozwala«.

Kończyny górne: Stale trzyma je przywiedzione w barkach, zgięte w łokciach w kącie około 120° z powodu przykurczenia mięśni dwugłowych, przedramiona są zwrócone na wewnątrz (pronacya), zwrócenie ich bierne na zewnątrz sprawia chorej ból, podobnie jak usiłowanie rozprostowania całkowitego łokciów; palce wszystkie są lekko zgięte i przytem widoczne są wybitnie na dłoni przykurczone ścięgna zginaczy palców. Przypominałoby to przykurczenie Dupuytrena, gdyby równocześnie stwierdzało się przykurczenie skóry, na dłoniach jest jednak skóra wolną. Wszystkie palce prócz kciuka są lekko odwiedzione ku łokciowej stronie, podobnie jak w zniekształcającem zapaleniu stawów i przytem stwierdza się analogiczne znaczne zwiotczenie w stawach śródręczo-palcowych, które pozwala przy nacisku palcem wypchnąć główki pierwszych członów ze stawów pod skórę dłoni.

Wszystkie mięśnie łopatkowe są równomiernie, dość znacznie zanikłe, bardzo znaczny jest zanik mięśni naramiennych, górna część mięśnia kapturowego jest dość dobrze utrzymana, podobnie najszersze mięśnie grzbietu i piersiowe. Mięśnie mostkowo-sutkowo-obojczykowe dobrze zachowane. Mięśnie dwugłowe i trójgłowe są zanikłe, zanik dwugłowego przeważa znacznie, na przedramionach przeważa zanik grupy wyprostnej nad zanikiem grupy łokciowej mięśni, z małych mięśni rąk niewielkie zaniki stwierdza się we wszystkich przestrzeniach międzykostnych, mniej są zanikłe kłęby duże, najmniej kłębuszki (hypothenar).

Siła ruchów, o ile one są wogóle utrzymane, jest wszędzie obniżona znacznie.

W stawach barkowych ruchy są zniesione z wyjątkiem bardzo słabego przywiedzenia do klatki piersiowej i słabego uniesienia barków ku górze mimo braku zarośnięcia stawu (ruchy rotacyjne bierne są możliwe) i pomimo, że cały szereg mięśni barkowych wydaje się tylko dość znacznie, jednak nie zupełnie zanikłym. Ustawienie łopatek i obojczyków w pozycyi leżącej prawidłowe. Zgięcie w łokciu jest możliwe z małą siłą, wyprostować łokcia chora czynnie nie może. Zwracanie czynne przedramienia jest możliwe, choć bezsilne, odwracanie (supinacya) jest zniesione. Chora może zginać nadgarstek i palce z małą siłą, wyprostowanie jest możliwe, lecz bez siły. Uderza, że mimo zaniku mięśnia przywodzącego kciuka przywiedzenie kciuków dokonywa się z wcale dobrą siłą, gdy natomiast przeciwstawianie kciuków jest bardzo słabe, choć kłęby są stosunkowo mało zanikłe.

Brzuch jest wiotki, przy sadowieniu nieco się napina, przy kaszlu wcale się nie napina.

Mięśnie międzyżebrowe są zanikłe. Mięsień prostujący kadłub ledwie daje się wymacać po stronie prawej, nieco więcej jego masy wyczuwa się po stronie lewej. Tułów wskutek tego ma ciosany z gruba kształt, część tułowia od barku do pasa przebiega prostopadle, wcięcie pasa jest ostre i nagłe, co przypomina »talię osy«. Sam kręgosłup jest biernie dobrze ruchomy, w części lędźwiowej wykazuje mały garb płaski, wybitniejsze zgarbienie istnieje w górnej części piersiowej, gdzie zarazem stwierdza się mierne zgięcie boczne z wypukłością zwróconą ku stronie prawej. Wszystkie wyrostki kolczyste wybitnie wystają.

Oddechy płytkie. Głos zciszony, nieczysty. Odkaszluje słabo.

Siadać chora zupełnie nie może, trzeba ją sadowić jak kłodę, na boki może się sama przewrócić z wielkim trudem. Może zginać naprzód kręgosłup przy pomocy, na boki dość dobrze sama, natomiast nie może wygiąć kręgosłupa w tył, bo przy najlżejszej próbie ruchu w tym kierunku traci równowagę i pada w tył.

Kończyny dolne: Zaniki miernego stopnia są prawie wszędzie. Najwięcej zanikłe są mięśnie pośladkowe, dość znacznie czworogłowe. Tylko łydki wydają się dobrze utrzymane. We wszystkich stawach ruchy są możliwe, lecz z bardzo obniżoną siłą. Bardzo słabe są: zgięcie, skręcanie na wewnątrz i zewnątrz ud i odwodzenie ud w biodrze (przywodzenie wykonuje z lepszą

siłą), wyprostowanie w kolanie, wyprostowanie stóp i palców. Stosunkowo lepszą siłę wykazuje chora przy rozgięciu ud ku tyłowi w stawach biodrowych (mięśnie pośladkowe) i przy zgięciu kolan, stóp i palców.

Ustawienie kończyn dolnych łącznie ze stopami jest prawidłowe.

Wszędzie mięśnie kończyn górnych i dolnych wykazują obustronnie, jednakowe, symetryczne zmiany zanikowe i poraźne.

Chora ma charakterystyczną postawę w staniu; kręgosłup trzyma sztywno pochylony trochę wprzód, szyja unieruchomiona, głowa i barki są również nieco naprzód podane, łokcie zgięte, a palce lekko przygięte spoczywają blisko brzucha, nogi rozstawione, wyprostowane w biodrach i w kolanach. Gdyby nie wyniszczenie mięśniowe chorej, możnaby rzucić porównanie z postawą atlety przed walką. A tak cała ta nieruchoma, sztywna postawa ciała widocznie chorego, na którem osadzona jest głowa z sino-czerwoną twarzą, nieruchomą, z lekka ściągniętemi wargami, sprawia raczej widmowe wrażenie. Gdy chora stoi, a poleci się jej głowę pochylić w tył, grozi jej upadek, podobnie jak i kręgosłupa nie może w tył przechylić.

Chodzi jak kołek sztywna w kręgosłupie, stawia drobne kroki opadającemi stopami i nieznacznie wyrzuca golenie w kolanach. Stóp przy chodzie nie rozstawia znaczniej, natomiast wykonuje ruchy miednicą na boki. Chodzić może tylko po równem. Wchodzić na schody i schodzić z nich nie może. Gdy stoi, nie jest w stanie prawie zupełnie obrócić się na bok.

Przy chodzeniu i staniu golenie i stopy sinieją wybitnie.

Należy jeszcze dodać, że we wszystkich zanikłych mięśniach stwierdza się pewną wzmożoną zbitość, a nawet zbitość niektórych z nich jest wprost znacznie zwiększona, tak n. p. mięśnie czworogłowe zanikłe są twardawe, a tak samo silnie zanikłe mięśnie wyprostne na przedramionach. W zbitym mięśniu trójgłowym ramienia wyczuwa się jakby gruby twardy sznur. Natomiast skrócony, lecz mniej zanikły mięsień dwugłowy ma jednak zbitość prawidłową.

Wszędzie dają się mięśnie oddzielić od skóry.

Odruchów głębokich brak na górnych i na dolnych kończynach. Odruchów brzusznych brak, podeszwowe są prawidłowe. Objawu Babińskiego niema.

Stawy są wolne i przeważnie hypotoniczne. Zmian odżywczych, w szczególności zaniku kości, przy zwykłem badaniu się nie stwierdza.

Badanie elektryczne: Wszystkie pnie nerwowe kończyn górnych i nerw twarzowy są prawidłowo pobudliwe dla obu prądów. Mięsień naramienny, mięśnie twarzy i mięsień przywodzący kciuka mają nieznacznie obniżoną pobudliwość faradyczną i galwaniczną, inne mięśnie kończyn górnych wykazują znaczniejsze obniżenie pobudliwości. Skurcze galwaniczne są żwawe, katoda przeważa. Pobudliwość galwaniczna i faradyczna nerwów i mięśni kończyn dolnych jest prawidłowa albo niemal prawidłowa z wyjątkiem nerwu udowego i mięśni czworogłowych, z których skurczów nie można uzyskać przy użyciu najsilniejszych prądów galwanicznych i faradycznych.

Wszystkie mięśnie są dość bolesne przy ucisku, tylko tkliwe są na ucisk pnie nerwowe. Skóra przy ucisku fałdu nie jest bolesna.

Brak jakichkolwiek zaburzeń czucia skórnego i głębokiego łącznie z wibracyjnem.

O dalszych losach chorej, wydalonej do Zakładu nieuleczalnych, zdołaliśmy się tylko tyle dowiedzieć, że umarła tam z końcem r. 1916 wśród objawów stale postępującej niemocy i wyniszczenia.

Historyi choroby d e r m a t o l o g i c z n e j nie zamieszczam w całej rozciągłości, kierując się między innymi względem na to, aby nie przekraczać rozmiarów pracy poza najkonieczniejszą potrzebę w trudnych obecnie warunkach wydawniczych. Streszczam więc spostrzeżenia, łaskawie mi udzielone przez P. Prof. Ł u k a s i e w i c z a. Chora wykazywała zmiany typowe dla postaci rozsianej liszaja rumieniowatego (lichen erythematosus disseminatus acutus Kaposi). Choroba zajęła policzki i czoło, gdzie występowały żywo czerwone, płaskie guzki, wielkości małej soczewicy, blednące pod uciskiem palca. Ilość tych guzków była tak znaczna, że skutkiem spływania ich ze sobą cała twarz i czoło były obrzękłe, czerwone i naciekłe, przypominając nawet różę. Stan ten utrzymywał się miesiącami i ustępował z pozostawieniem kulistych, brunatnoczerwonych, złuszczających się nacieków. Nacieki te okazywały porozszerzane naczyńka i liczne blizenki, odpowiadające mieszkom włosowym. Błona śluzowa jamy ustnej była wolna aż do końcowego okresu choroby. Podobne, mniej liczne zmiany występowały na tułowiu. Na kończynach dolnych i górnych były one natomiast rozlane, podobnie jak na policzkach. Na palcach u nóg i rąk przypominały one nacieki, jakie się widuje przy odmrozinie (perniones). Opisane objawy występowały od czasu do czasu wśród gorączki w połączeniu z bólami kości i stawów, a zwłaszcza głowy.

Streszczenie: U chorej 27-letniej trwa od początku 1912 liszaj rumieniowaty ostry, usadowiony na twarzy, tułowiu, stopach i rękach. W pół roku od pojawienia się choroby skórnej występują objawy niedowładu zrazu kończyn dolnych, potem górnych. Bole przy chodzie. Stan przedmiotowy wykazywał w połowie 1913 rozlane, jednak nie symetryczne niedowłady kończyn i mierne, nieuogólnione zaniki w górnych tylko kończynach, słabe odruchy głębokie, bolesność uciskową mięśni przy braku zresztą nieprawidłowych objawów nerwowych poza sferą ruchową. Na drugą połowę 1913 i niecały rok 1914 przypada powoli się dokonująca poprawa zarówno objawów skórnych, jak i ruchowych, ustępują bole, chora może chodzić i szyć. Z końcem 1914 nawrót choroby skórnej i równocześnie objawów ruchowych, które teraz dosięgają szybko znaczniejszego natężenia i stale postępując, uogólniają się na wszystkie niemal mięśnie

ciała łącznie z mięśniami połykowymi, mięśniami szyi, pasa barkowego, klatki piersiowej, kręgosłupa, miednicy i jak się zdaje, twarzy, z zaoszczędzeniem języka i gałek ocznych i doprowadzają do zupełnego niemal zniedołężnienia chorej. Zmiany mięśniowe są teraz symetrycznie rozmieszczone, porażenia są prawie zupełne, zaniki rozległe, uderza jednak niestosunek porażeń przy pozornie dobrze zachowanej objętości mięśni, gdzieindziej natomiast jest siła zanikłych mięśni dość dobrze utrzymana. Wzmożona zbitość mięśni, która widocznie maskuje miejscami zaniki. Bolesność mięśni na ucisk, przytem też pewna tkliwość pni nerwowych. Bole mięśni przy ruchach zamierzonych i biernych. Trwałe skrócenia mięśniowe i pomniejszenie amplitudy ruchów wskutek tego w żwaczach, mięśniach szyi i karku, przywodzących barki, dwugłowych ramion, skręcających na wewnątrz przedramiona i zginaczach palców rąk. Stawy wolne, hypotoniczne. Elektrycznie zmiany tylko ilościowe lub prawidłowe stosunki, przytem pobudliwość bezpośrednia jest bardziej obniżona, niż pośrednia[1]). Brak odruchów głębokich. Zresztą sfera nerwowa przedstawia się prawidłowo.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Podobne zachowanie się stwierdzili Nonne i Höpfner we włośnicy, a Fajersztajn w jednym przypadku polymyositis chronica.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XI. posiedzenie z d. 19. kwietnia 1918.

Przewodniczy kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych 27.

I. Kol. Sołowij przedstawia **preparaty:** 1) Uterus unicornis semiseptus. 2) Sprawa zapalna przydatków macicy. 3) Pęknięcie samorodne w dnie macicy w 6. miesiącu ciąży.

II. Kol. Franke wygłosił odczyt: **O zachowaniu się azotu pozabiałkowego (R-N) surowicy krwi w przypadku ostrego zapalenią nerek.** (Ogłoszone w całości w »Przeglądzie lekarskim«).

W dyskusyi zabierali głos: 1) Kol. Wiczkowski omawia znaczenie upustu krwi; tłómaczy sposób jego działania przy mocznicy i wyraża przypuszczenie, iż ta jest zależna od nadmiaru wytwarzającej się kreatyny i kreatyniny. — 2) Kol. Franke potwierdza dobry skutek, jednak tylko dużych upustów krwi, i to przeważnie przy mocznicy z drgawkami, przy której ilość azotu pozabiałkowego w surowicy krwi zwykle nie jest zwiększona, w odróżnieniu od mocznicy bez drgawek. Czy kreatyna i kreatynina, wreszcie szereg innych substancyi, jak mocznik, indykan i inne, są w związku przyczynowym z mocznicą, nie może tego dziś jeszcze rozstrzygnąć. — 3) Kol. Bednarski omawia badania dna oka przy zapaleniu nerek i mówi o złem rokowauiu w »neuroretinitis«, gdy »retinitis centralis albuminurica«, choć jest poważnem powikłaniem, jednak nie zawsze daje złe rokowanie. W myśl tego - zapytuje, jak zachowywali się chorzy prelegenta? — 4) Kol. Wiczkowski stwierdza jeszcze raz nietylko dodatni wpływ upustów krwi na mocznicę, lecz i na przebieg samej choroby nerek. — 5) Kol. Franke zgadza się z kol. Wiczkowskim, jednak nie umie sobie tego objaśnić na podstawie swoich dotychczasowych badań, co się zaś tyczy uwag kol. Bednarskiego, to nie zgadza się z nim odnośnie do złego bezwzględnie rokowania przy zmianach na dnie oka. Co się tyczy chorych badanych przez niego, to wziernikowanie oka nie było wykonywane, gdyż w szpitalu wojskowym nie było okulisty.

XII. Posiedzenie naukowe z d. 26. kwietnia 1918.

Przewodniczy kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych 18.

I. Kol. Rothfeld przedstawia i omawia: a) przypadek obrzęku **(akroasphyxia chronica hypertrophica)**, b) dwa przypadki **histeryi.**

W dyskusyi nad przypadkiem pierwszym kol. Hornowski zaznacza, że znalazł zmiany szkliste w skórze właściwej, zwiększenie włókien sprężystych, ale w stanie rozpadu; włókien takich znaleźć nie można w brodawkach.

II. Prof. Wiczkowski wygłosił odczyt: **Spostrzeżenia i uwagi w sprawie leczenia wysięków opłucnych.**

XIII. Posiedzenie naukowe z d. 10. maja 1918.

Przewodniczy kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych 27.

I. Kol. Rothfeld przedstawia 2 przypadki **neurorecydywy.**

W dyskusyi przemawiali: kol. Lenartowicz, kol. prof. Halban, kol. prof. Jurasz, kol. Zabłocki i kol. Feuerstein.

II. Kol. Herman wygłasza odczyt: **Tętnienie mózgu człowieka na podstawie badań doświadczalnych.**

XIV. Posiedzenie naukowe z d. 17. maja 1918.

Przewodniczy kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych 25.

I. Kol. Cieszyński przedstawia i omawia następujące przypadki: 1) 2 przypadki **torbieli szczęki** górnej. 2) 2 przypadki **martwicy szczęki** górnej 3) **Caput obstipum spasticum.**

W dyskusyi kol. Gluziński A. zapytuje, czy przypadek ostatni nie nadawałby się do leczenia ortopedycznego.

II. Dr Fuliński wygłąsza odczyt p. t. **Zagadnienie powstawania gatunków**.

W dyskusyi prof. Hirschler porusza kwestyę krzyżowania.

XV. Posiedzenie naukowe z d. 24. maja 1918.

Przewodniczy kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych członków 33.

I. Kol. Rencki przedstawia z oddziału wewn. II. szpitala powsz. chorą R. J. l. 36, która od 4 lat okazuje objawy **napadowego moczenia hemoglobinowego** (haemoglobinuria paroxysmalis), występujące pod działaniem zimna. W leczeniu stosowano bez dodatniego wyniku wcierania szaruchy i wstrzykiwania neo-salwarsanu; pewną poprawę osiągnięto po wstrzykiwaniach podskórnych peptonu Wittego i podawaniu cholestearyny. (Przypadek będzie ogłoszony drukiem).

W dyskusyi 1) Kol. prof. Gluziński wspomina, że na klinice przeprowadzał wraz z kol. Czerneckim próby w myśl teoryi Donatha, która to praca nie potwierdziła zapatrywań Donatha, a dzisiejszy przypadek zdaje się również potwierdzać wyniki Czerneckiego. — 2) Kol. prof. Sieradzki zapytuje, czy odczyn Wassermanna w tym przypadku nie był pochodzenia »niekiłowego«. — 3) Kol. prof. Hornowski wobec dodatnich wyników ze stosowania cholesteryny, która, jak wiadomo, zwiększa ilość lipoidów w ustroju przy wstrzykiwaniu jej, (własne doświadczenia), przypuszcza, iż może hemoglobinurya napadowa jest w związku z pewnym brakiem lub uczuleniem lipoidów w ustroju. W tym też kierunku należałoby może badać takie przypadki tem bardziej, że według badań dzisiejszych w rozpadzie czerwonych ciałek krwi odgrywa rolę nietylko działanie na lipoidy otoczki tych ciałek, lecz i na lipoidy, znajdujące się w przegródkach wewnątrz ciałek. — 4) Kol. prof. Rencki w odpowiedzi prof. Sieradzkiemu wspomina, że chora nie roniła, ale przed kilku laty przechodziła wcierania rtęciowe ze względu na oczy, a obecnie ma jedną źrenicę szerszą.

II. Kol. prof. Gluziński przedstawia następujące przypadki: 1) **Ostry żółty zanik wątroby** (leczony rtęcią). 2) **Białaczka szpikowa** (l. myelogenes). 3) **Ucisk powiększonych gruczołów na oskrzela**.

W dyskusyi przemawiali: kol. prof. Nowicki, kol. prof. Sieradzki, kol. prof. Rencki, kol. prof. Hornowski i kol. Meisels.

Wiadomości bieżące.

— Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego« z powodu zwiększonych obowiązków uniwersyteckich otrzymał urlop z redakcyi. Zastępować go będzie od 15. X. prof. Dr K. W. Majewski, do którego należy zwracać się we wszelkich sprawach redakcyjnych (ul. Dunajewskiego 6, telefon 1319).

— Dziekanem Wydziału lekarskiego warszawskiego na r. b. wybrany został prof. Dr Jan Mazurkiewicz, prodziekanem prof. Dr Władysław Mazurkiewicz.

— Na IV. polskim Zjeździe przeciwalkoholowym w d. 11. i 12. X. b. r. w Warszawie ma być wygłoszonych 14 referatów. Z lekarzy będą prelegentami Dr Wł. Chodecki, prof. Dr Jan Mazurkiewicz, Dr J. Wiśniewski, Dr J. Gawroński, Dr Budzińska-Tylicka i kap. Dr Jan Nelken.

— Prof. Dr Maksymilian Rutkowski z Krakowa został wezwany na chirurga-konsulenta Wojsk polskich.

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr St. Ciechanowski.**

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego

Nr 42. Kraków, 18. października 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K 15·—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: Redaktor główny. Członkowie: Dr W. Damski, prezes Tow. lek. krak.; dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof dr Rutkowski.

Przewodniczący **Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi** Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVIII. Kraków, 18. października 1919. Nr. 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób nerwowych Szpitala powszechnego we Lwowie

Studya z zakresu chorób układu mięśniowego

podał

K. Orzechowski (Lwów).

(Ciąg dalszy).

Gruźlica otwarta płuc, której pierwsze początki należy przełożyć co najmniej na pół roku przed pierwszem wystąpieniem objawów skórnych. Śmierć z końcem 1916.

W opisie przypadku wybijają się z powodu swej rozległości i siedziby przykurczenia, polegające, co nie ulega wątpliwości, na skróceniach mięśni, przyczem jako rzecz niezwykła uderza, że przykurczenia te obejmują żwacze, mięśnie szyi, kończyn górnych, a może i twarzy, a oszczędzają dolne kończyny, gdzie na ich karb złożyć można chyba tylko krótkość kroków. W rzeczywistości zakres mięśni kończyn górnych zajęty przykurczeniami jest na pewne większy, niż to się wprost dostrzega. Można o tem wnosić pośrednio. I tak należy przypuszczać, że wszystkie niemal mięśnie pasa obojczykowego, przeważnie zanikłe i porażone, muszą być w stanie skrócenia, skoro ustawienie obojczyków i łopatek jest prawie zupełnie prawidłowe, co przy wiotkiem porażeniu z utrzymaną wówczas, a nawet wzmożoną rozciągliwością mięśni nie byłoby do pomyślenia. W dalszym ciągu zwraca uwagę ta okoliczność, że wbrew zwykłemu doświadczeniu skrócenia mięśniowe są nawet tam obecne, gdzie nie ma zupełnego porażenia mięśni przeciwniczych, same zaś skrócone mięśnie mają tylko małą siłę (np. stosunek skróconych zginaczy rąk i palców do mięśni wyprostnych). Z drugiej strony na kończynach dolnych przykurczeń nie ma, pomimo że istnieje tu analogiczny niestosunek siły zginaczy stóp i palców na niekorzyść mięśni prostujących w kierunku grzbietowym i mimo istnienia warunków zewnętrznych, które notorycznie ułatwiają powstawanie skróceń (niedowłady trwają od czterech lat, chora leży w bezwładzie od roku prawie). Warto też wspomnieć jako o dziwnym szczególe, że skrócone i lepszą mające siłę mięśnie dwugłowe ramion są bardziej zanikłe, niż trójgłowe.

Skrócenia mięśniowe, tu spostrzegane, nie muszą być bezwzględnie niepodatne i bezwzględnie niezmienne, skoro mimo długiego czasu trwania stanu chorobowego nigdzie wtórnych zesztywnień w stawach nie znaleźliśmy. Wprost przeciwnie, stawy wykazują z wyjątkiem niezupełnym barkowego nawet wzmożoną wiotkość torebek i powięzi. Zatem nie bezruch kończyn, nie zmiany wsteczne, zesztywniające stawów są powodem przykurczeń. Wnosić stąd należy o pierwotnym, mięśniopochodnym charakterze stwierdzonych przykurczów. Nie wadzi na tem miejscu wspomnieć, że niepodobna w naszym przypadku odnieść przykurczeń do zwykłego ich źródła np. przy neurytycznych sprawach, do bolów. W takich razach bole są niesłychanie silne, chory wprost odruchowo unieruhomia kończyny w pewnem położeniu, które mu najmniej bolów sprawia. W naszym przypadku bole były wogóle słabe i brak było całego dalszego korowodu objawów bolesnego zapalenia wielu nerwów (polyneuritis), (parestezye bolesne, samoistne bole, bole uciskowe nerwów, bole gwałtowne przy ruchach, przeczulica skóry itp.).

Bardzo charakterystyczne jest u chorej rozmieszczenie objawów. Zupełne porażenie i maksymalne zaniki spotykamy w zakresie mięśni międzyżebrowych i kręgosłupa, mniejsze są zmiany mięśni pasa obojczykowego i miednicy, najmniejsze kończyn, i to stóp, a zwłaszcza rąk. Mamy więc przed sobą typ kadłubowy (proksymalny) porażeń.

Znamiennym dla naszego przypadku jest też niestosunek siły do stanu troficznego mięśni. Mało zanikły m. trójgłowy ramienia jest zupełnie porażony, natomiast bardziej zanikły dwugłowy ma pewną, wcale nie tak małą siłę, przeciwstawienie palców rąk jest słabe przy zupełnie małym zaniku kłębów, odwrotnie wykazuje lepszą siłę przywodzenie kciuków przy wybitnie zanikłych mięśniach przywodzących kciuki. Na dolnych kończynach zaniki są wszędzie tylko mierne przy sile prawie tak samo obniżonej, jak na górnych kończynach, a nawet łydki pomimo słabej siły zginaczy stóp i palców, mimo że stan niedowładu trwa tak długo, są dobrze utrzymane.

Jeśli się teraz wobec nawiedzionych poprzednio faktów uwzględni jeszcze, że zbitość mięśni jest nadspodziewanie wzmożona, tak że w niektórych trzeba ją było wprost jako twardawą określić, nasuwa się samo przez się pytanie, czy w przypadku naszym obok zwykłych zmian, towarzyszących zanikowi, nie istnieje ponadto inny jeszcze czynnik, który wzmaga zbitość mięśni, a nawet wpływa na względne przymnożenie objętości niektórych, maskujące zaniki tam, gdzie należałoby się ich spodziewać wobec długotrwałości porażeń. Czynnikiem takim mógłaby być sprawa zapalna, pierwotnie w mięśniach się tocząca.

Uwagi te zbliżają nas do poruszenia strony rozpoznania. Nie ulega wątpliwości po tem, cośmy powiedzieli, że przypadek nasz odbiega zupełnie od obrazów, nawet nietypowych, schorzeń neuronu obwodowego, nad któremi tylko możnaby się tu zastanawiać po wyłączeniu odrazu na wstępie dystrofii i włośnicy.

Postępującą dystrofię mięśniową mimo powierzchownego podobieństwa w usadowieniu należy uważać za wykluczoną z powodu bolów mięśni przy ruchach i ucisku, zbyt szybkiego uogólnienia się z początku, znacznego zwolnienia itd.

Rozpoznanie włośnicy jest również niedopuszczalne mimo braku badania mięśni i krwi. Chora nigdy nie jadała mięsa wieprzowego, nie cierpiała nigdy na wstępne objawy żołądkowe, ani takichże objawów nie było w jej otoczeniu domowem, nie było z początku obrzmień mięśni, a także ugrupowanie objawów ze strony mięśni było odmienne.

Prawie równie szybko możemy pominąć w rozważaniach rozpoznawczych przewlekłe zapalenie rogów przednich, przeciw któremu dostatecznie przemawiają: rychłe uogólnienie się zaraz z początku choroby, siedziba, dłuższa poprawa, rozległe przykurczenia, zbitość zaników, brak drżeń włókienkowych i zmian jakościowych elektrycznych.

Poważniejsze trudności nasuwa natomiast różniczkowanie wobec zapalenia wielu nerwów, i to postaci ruchowej, która naturalnie jedynie wchodzi tu w rachubę. Z rozpoznaniem tem jednak trudno pogodzić tułowiowe rozmieszczenie zmian narządu ruchowego, brak bolesności pni nerwowych w pierwszym okresie choroby, zniknięcie dopiero z czasem odruchów głębokich i brak odczynu zwyrodnienia elektrycznego, którego należało oczekiwać przynajmniej ze strony mniej zajętych mięśni. Z drugiej strony skrócenia mięśniowe w podobnie rozległem uogólnieniu, jak w naszym przypadku, w kazuistyce zapalenia wielu nerwów nie są znane, nie mają też tam one tych właściwości, które w naszym przypadku wyżej już uwydatniliśmy, a mają również inny mechanizm powstawania w zapaleniu nerwów, o czem także

wyżej już była mowa. Pozostaje więc w naszym przypadku jedynie możliwe rozpoznanie przewlekłego zapalenia wielu mięśni (polymyositis), które tłumaczy bole przy ruchach i ucisku, i to właśnie bole mierne, jakie istniały przez cały czas obserwacyi, która wyjaśnia skrócenia mięśniowe, jako objaw wynikły z bliznowatego kurczenia się pozapalnego mięśni. Stan zapalny mięśni tłumaczy twardość, względnie wzmożoną zbitość wielu mięśni, niestosunek siły do stanu troficznego mięśni i między innymi pozorny brak zaników tam, gdzie wskutek istnienia resztek ostrego zapalnego okresu zaniki nie mogły się jeszcze uwydatnić zewnętrznie.

Okoliczność, że w późniejszym okresie choroby były w naszym przypadku pnie nerwowe tkliwe na ucisk, nie podaje w wątpliwość rozpoznania naszego, w ten sposób uzasadnionego, bo pewne objawy ze strony nerwów obwodowych mogą się nawet tam, gdzie nie ma neuromyositis, do zapalenia mięśni dołączać, co przekonująco wywodzi Fajersztajn (naturalne przenoszenie się stanu zapalnego z jednej tkanki na drugą, albo może zwyrodnienie wsteczne [degeneratio retrograda] z następczem bujaniem łącznotkankowych pochewek nerwowych, albo mechaniczny wpływ sąsiedztwa zbito naciekłych mięśni, lub wreszcie działanie ogólnego wyniszczenia). Bole uciskowe nerwów zauważył też w zupełnie pewnym przypadku Strümpell.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Ocena jaglicy, jej leczenie i zapobieganie ze stanowiska wojskowo-lekarskiego

napisał

major-lekarz

Dr Teodor Bałłaban,

prymaryusz szpitala ocznego Wojsk polskich we Lwowie.

(Dokończenie).

Izby chorych muszą być odpowiednio obszerne, i to tak, aby wzajemna odległość poszczególnych łóżek była większa, aniżeli zwyczajnie. W ten sposób unika się łatwiej przypadkowych zetknięć chorych i ich sprzętów. Obok tablicy umieszczonej nad łóżkiem, wisieć powinien ręcznik, oznaczony liczbą. Na ewentualne wzajemne zamiany ręczników należy zwracać baczną uwagę, gdyż, jak wiemy, dzieje się to dość często przez niedbałość chorych i służby. Chcąc temu zaradzić, postępuję w ten sposób, że przy drzwiach wchodowych umieszczam tablicę, na której są uwidocznione równorzędnie liczby łóżek i ręczników. Porządku tego musi ściśle przestrzegać służba i chorzy, a przy odpowiedniej kontroli o różnych porach dnia daje się to łatwo osiągnąć. Łóżko porządkuje sam chory i jest tak za nie, jak też za porządek w szafce nocnej osobiście odpowiedzialny. W szufladzie szafki nocnej znajdują się wszystkie sprzęty chorego, służące do mycia, czyszczenia i jedzenia.

Poza tem obowiązują chorych i służbę ogólne przepisy sanitarne co do przestrzegania czystości. Zapobiegliwy i o chorych troskliwy lekarz nie powinien jednak ograniczać się do przestrzegania tylko fizycznej czystości, lecz jest jego obowiązkiem dbać także o utrzymanie siły duchowej chorego. Nie zapominajmy, że chorzy na ostrą jaglicę, która dłuży się często miesiącami, nie mogą zajmować się żadną czynnością i często upadają duchowo, dlatego należy starać się dla chorych na jaglicę o dobór inteligentnego personalu służbowego, który ma za zadanie codziennie o pewnym czasie zajmować chorych głośną lekturą, dobraną odpowiednio, załatwiać ich korespondencyę i t. p. Z własnego doświadczenia mogę podnieść, że taki sposób postępowania z chorymi daje nadzwyczajne wyniki lecznicze, gdyż chorzy, wdzięczni za troskliwość im okazaną, chętnie i posłusznie wykonują polecenia i zarządzenia lekarza, a temsamem skraca się czas trwania choroby. Pozostawianie sobie samym i zupełnie odosobnianie chorych na jaglicę, jak to się często jeszcze obecnie praktykuje, jest bardzo szkodliwe. Staje się ono udręką dla chorych, którzy często wbrew zakazowi i nadzorowi szukają drogi do ucieczki ze szpitala, a tem samem całkiem bezwiednie robi się z nich dezerterów. Dlatego, jeżeli przy szpitalu niema ogrodu, należy chorym zezwalać na przechadzkę, ale nie pojedynczo, lecz w oddziałach pod odpowiednim dozorem. Chorych, którzy są nieuleczalni, lub których choroba po dłuższem leczeniu szpitalnem tylko niewiele się polepsza i nie rokuje całkowitego wyleczenia, należy przedstawić komisyi superrewizyjnej celem zwolnienia ich z wojska i z wnioskiem o zawiadomienia odpowiedniego starostwa lub gminy, aby ta nadal zaopiekowała się chorym i zapobiegała szerzeniu się choroby.

Chorzy na jaglicę w okresie niezakaźnym i podejrzani o jaglicę nie mogą być umieszczani wspólnie z chorymi na ostrą jaglicę. W odrębnym oddziale szpitala lub w odrębnym baraku, przeznaczonym dla takich chorych należy naturalnie przestrzegać wszystkich powyżej podanych przepisów sanitarnych. Rozumie się, że ze względu na lżejsze nasilenie choroby, zezwala się w tych przypadkach na pewne zajęcia jako też na ograniczony pobyt poza obrębem szpitala. Stosownie do nasilenia choroby mogą niektórzy z tych chorych po upływie 3 godzin po zabiegach leczniczych oddawać się także miernemu czytaniu i pisaniu lub innym lżejszym zajęciom.

Służba szpitalna, zajęta przy chorych na jaglicę, powinna być raz na tydzień poddawana oględzinom lekarskim.

Jeżeli przy jakim oddziale wojskowym wybuchła epidemia jaglicy, jest obowiązkiem lekarza zgłosić to natychmiast u odpowiedniej komendy. Chorzy na jaglicę zostają w przeznaczonych do tego celu izbach odosobnieni, przyczem nie mogą pod żadnym warunkiem stykać się z innymi żołnierzami w koszarach.

Przypadki ciężkie oddaje się do leczenia szpitalnego, o czem musi rozstrzygać lekarz okulista, zawezwany do zbadania całego oddziału. W czasie trwania epidemii i przez miesiąc po jej upływie musi lekarz okulista raz w tygodniu robić przegląd ócz u wszystkich bez wyjątku żołnierzy. W całych koszarach, szczególnie w izbach zajętych przez chorych na jaglicę, należy bardzo ściśle przestrzegać wszystkich powyżej wspomnianych środków sanitarnych. Po wygaśnięciu epidemii nie potrzeba zbytecznych zarządzeń, jak n. p. szorowania ścian, heblowania podłóg i t. p., jak to niejednokrotnie jeszcze obecnie się dzieje, ale wystarcza dokładne wymycie podłóg i okien, pobielenie ścian, a co najważniejsze, należyte odkażenie sienników, bielizny i łóżek. Po takiem oczyszczeniu należy izbę przez 3 dni wietrzyć na przestrzał. Po upływie tego czasu mogą zdrowi żołnierze zająć izbę bez najmniejszej obawy zakażenia.

Wspomniałem na początku, że istnieją inne jeszcze choroby, które łatwo mogą być brane za ostrą zakaźną jaglicę. Dla lekarza wojskowego ma w tym względzie głównie znaczenie mieszkowy nieżyt spojówek. Choroba ta pojawia się nierzadko epidemicznie z silną wydzieliną i często z bardzo znacznymi objawami podmiotowymi i przedmiotowymi. Epidemie takiego nieżytu mieszkowego występują prawie wyłącznie u konnicy i to głównie u żołnierzy sypiających w źle przewietrzanych stajniach, wskutek szkodliwych amoniakalnych wyziewów stajennych, a także wskutek drażnienia spojówek kurzem końskim, powstałym przy czyszczeniu koni zgrzebłem. Epidemie te nie mają większego znaczenia i nie wymagają jakiegoś osobliwego leczenia. Stworzy się dla tych żołnierzy lepsze warunki higieniczne, a w przypadkach cięższych udzieli się im 3—4-tygodniowego urlopu, wtedy choroba ta znika bardzo rychło. Zapobiegawczo należy się starać o należyte przewietrzanie stajen, a przy czyszczeniu koni nakazać żołnierzom używanie szkieł ochronnych.

Przepisy zapobiegawcze dla Wojsk Polskich.

Wychodząc z doświadczenia, że u nas w Polsce jaglica jest bardzo rozpowszechniona i że występuje często miejscowo lub nagminnie, należy się starać, celem jej zwalczania i zapobiegania, o ścisłe współdziałanie władz wojskowych i cywilnych. Do tego celu służą następujące przepisy:

1. Przypadki jaglicy zbliznowaciałej powodują pobór bez zastrzeżeń.
2. Przypadki jaglicy przewlekłej, nie zakaźnej, bez względu na wydzielinę i przypadki podejrzane co do jaglicy odsyła komisya poborowa natychmiast do oceny i do ewentualnego leczenia w szpitalu.
3. Przypadki ostrej jaglicy zakaźnej lub powikłane ze zmianami na rogówce i tęczówce powodują zwolnienie poborowego, przyczem jest obowiązkiem komisyi poborowej donieść o nich starostwu lub gminie, do której chorzy przynależą.
4. Żołnierz, który zachoruje na jaglicę w czynnej służbie, zostaje odesłany do szpitala lub do baraku jagliczego. Jeżeli po upływie 3 miesięcy nie osiągnie się dodatniego wyniku leczniczego, przedstawia się go komisyi superrewizyjnej z wnioskiem odesłania celem dalszego leczenia do szpitala cywilnego.
5. Pod żadnym warunkiem nie wolno żołnierza, nieuleczonego zupełnie z ostrego okresu jaglicy wypuszczać swobodnie ze szpitala.
6. W razie powstania epidemii w poszczególnych oddziałach, jeżeli nadmiar chorych nie pozwala na ich pomieszczenie w szpitalu lub barakach, należy chorych całkowicie odosobnić i surowo przestrzegać zakazu stykania się ze zdrowymi żołnierzami.
7. W załogach, w których jaglica pojawia się częściej, należy przeprowadzać raz w tygodniu przegląd ócz wszystkich oddziałów. Również musi być badany każdy żołnierz idący i wracający z urlopu. W większych załogach przeznacza się do tych czynności osobnego okulistę.
8. We wszystkich koszarach i zakładach wojskowych używa się do mycia tylko wody płynącej. Każdy żołnierz musi mieć własny ręcznik. Szczególnie należy zwracać uwagę na przestrzeganie tego przepisu w aresztach i izbach wartowniczych, gdyż właśnie tam, wskutek częstej zmiany różnych oddziałów i żołnierzy, powstają najłatwiej zakażenia.
9. Izby mieszkalne w koszarach muszą być stosownie obszerne i przewiewne (najmniej 25 m³ powietrza na żołnierza). Podłogi należy zapuszczać lakierem olejnym i naftą, zamiatać zaś tylko mokrą ścierką.
10. Żołnierzy chorych na mieszkowy nieżyt spojówek pozostawia się w służbie przy ich oddziałach, natomiast na czas choroby należy ich zwolnić od służby stajennej i wartowniczej.

Jaglica rzekoma (pseudotrachoma).

Nietylko dla lekarza przy poborze, lecz także dla każdego okulisty jest rzeczą ważną dokładna różniczkowa ocena zmian, pojawiających się przy tej »sui generis« chorobie wojennej, a którą ja stosownie do występujących przy niej objawów nazwałem jaglicą rzekomą (pseudotrachoma), gdyż zmiany, w niej pojawiające się, są zupełnie analogiczne ze zmianami w jaglicy.

W licznych podobnych przypadkach, które miałem sposobność przez cały przeciąg wojny obserwować, część ich pewna wykazywała, obok wybitnych zmian jagliczych, strupy i owrzodzenia na spojówce gałkowej i powiekowej, a czasami także nadżarcia i ubytki w nabłonku rogówkowym. Pomijając te przypadki, w których przy dokładnem badaniu udało się wykazać we worku spojówkowym drobne cząstki ciał obcych, jak wapna, cementu, fosforu, prochu strzelniczego, tytoniu, a nie rzadko i kurzu ze skóry końskiej, zmiany te przemawiają już same przez się za samookaleczeniem.

Jak już powyżej wspomniałem objawy, wywołane tem mechanicznem drażnieniem, powodują we wielu przypadkach zmiany

właściwe jaglicy i mogą często kroć w błąd wprowadzić nawet doświadczonego okulistę.

Ogólny obraz, pod jakim się jaglica rzekoma objawia, jest nacechowany silnym przerostem brodawkowym, wybitnie zwiększonymi mieszkami, zupełnie podobnymi do ziarn jagliczych i to szczególnie w załamku spojówkowym, mniej lub więcej obfitą surowiczą lub krwawo-surowiczą wydzieliną, przyczem spojówka gałkowa jest często tak silnie wałowato obrzękła, że wypada ze szpary powiekowej. W innych znowu przypadkach występuje obok powyższych zmian spojówek tak silny obrzęk powiek, i to głównie powieki dolnej, że szpara powiekowa nie daje się otworzyć.

Na podstawie licznych i dokładnie w tym kierunku przeprowadzonych badań mogę stwierdzić, że odpowiednie rozpoznanie da się przeprowadzić całkiem stanowczo. I tak mogłem się przekonać, że w odróżnieniu od jaglicy dadzą się w przypadkach jaglicy rzekomej zawsze i bez wyjątku wykazać w spojówce gałkowej małe nadżarcia, które są jednak często tak małe, że nie można ich spostrzedz gołem okiem, a często są ukryte za fałdami obrzękłej spojówki. Najczęstszą ich siedzibą na spojówce gałkowej jest miejsce, odpowiadające tłuszczce, co należy przypisać tej okoliczności, że wprowadzone do worka spojówkowego ciało obce wywołuje drażnienie, a przez skurcz powiek wchodzi ono w bezpośrednią styczność z nagle obrzękłą spojówką gałkową. Celem ułatwienia odkrycia takich małych nadżarć spojówki gałkowej posługujemy się słabym rozczynem amoniakalnym fluoresceiny, przyczem najmniejsze nawet nadżarcie zabarwia się zielono i odbija dokładnie od podłoża. Dalszym objawem jaglicy rzekomej są prawie zawsze znajdowane mniejsze lub większe podspojówkowe kropkowate lub pasemkowate krwiaki, które już same przez się przemawiają za urazową przyrodą choroby. Wreszcie pomijając spojówkę gałkową, która prawie zawsze jest w całości obrzękłą, są objawy zapalne na spojówce powieki dolnej o wiele znaczniejsze, aniżeli na spojówce powieki górnej, co też odpowiada wprowadzaniu obcego ciała każdorazowo do dolnego worka spojówkowego.

Ze względu, że choroba ta przy należytem rozpoznaniu da się w krótkim czasie usunąć i robi poborowego zdolnym do służby frontowej, jest rzeczą wskazaną, aby lekarz umiał ją należycie ocenić.

Wiadomości bieżące.

— Dr S. Bronowski z Warszawy otrzymał na konkursie Towarzystwa lekarskiego warszawskiego nagrodę im. Helbicha za dzieło p. t. »Podstawowe sposoby badania klinicznego«, omówione w Nr. 40. »Przeglądu lekarskiego«.

— W Warszawie ukonstytuował się 23. IX. 1919 »Związek lekarzy Państwa polskiego«. Prezesem został wybrany Dr K. Zieliński, wiceprezesem Dr Radziwiłowicz, skarbnikiem Dr Pawłowicz, sekretarzem Dr Staniszewski.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa uprzejme podziękowanie kol. Dr Bronowskiemu z Warszawy za dzieła ofiarowane bibliotece Towarzystwa.

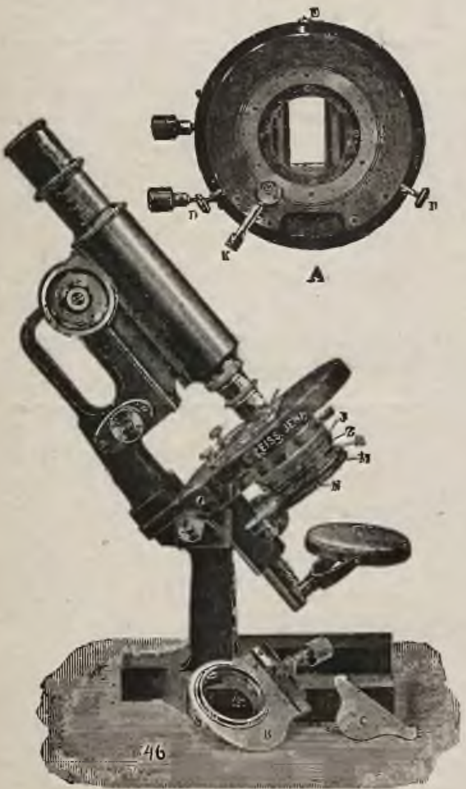
Dr Blassberg, bibliotekarz.

— Choroby zakaźne w Warszawie od 21. do 27. X. 1919: ospa 1. odra 48, płonica 19, dur plamisty 20, brzuszny 28, czerwonka 23.

— Choroby zakaźne w Łodzi od 28. IX. do 4. X. 1919: dur plamisty 20 († 2), dur brzuszny 28 († 2), dur powrotny 1, czerwonka 44 († 15), płonica 27 († 3), odra 16 († 5).

— Choroby zakaźne w Krakowie od 21. do 27, IX. 1919: płonica 3, błonica 2, dur brzuszny 4 († 1), czerwonka 47 († 6), gorączka połogowa 2 († 2), dur plamisty 2 († 1), dur powrotny 1.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.



Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 43. Kraków, 25 października 1919. Rok LVIII.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K 15·—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K

Rok LVIII. Kraków, 25 października 1919 Nr. 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego (Dyrektor: Prof. Dr. L. Wachholz) i z pracowni bakteryologicznej Wojsk polskich (Kierownik: lek. kapitan Dr. M. Gieszczykiewicz) w Krakowie.

Rozpoznawanie gatunkowe smółki zapomocą metody odchylenia dopełniacza

podali

Dr. Jan Olbrycht i Dr. Maryan Gieszczykiewicz.

Celem określenia przynależności gatunkowej smółki zastosowano dotychczas*) próbę precypitynową i anafilaktyczną.

Metoda nadwrażliwości została wypróbowaną przez Leclercqa wspólnie z Lefebvrem, a później z Minetem, jednakże wyniki tych badań wykazały, że nie może ona mieć praktycznego zastosowania. Doświadczenia swoje przeprowadzali ci autorowie w ten sposób, że brali ile możności aseptycznie smółkę tuż po porodzie, mięszali z 5-krotną ilością fizyologicznego, jałowego rozczynu soli kuchennej i uczulali świnki morskie wstrzykiwaniami dootrzewnemi lub podskórnemi w różnych ilościach, wahających się od 1 do 10 cm^3. Wstrzykiwania te znosiły zwierzęta bardzo źle, bo $^3/_4$ świnek ginęło i to bez względu na ilość wstrzykniętej zawiesiny smółki. Z $^1/_4$ pozostałych przy życiu zwierząt podejmowali autorowie dalsze doświadczenia w dwóch kierunkach. W pierwszej seryi doświadczeń wstrzykiwali do serc zwierzętom w dwadzieścia dni po pierwszem wstrzyknięciu przesącz zawiesiny smółki w jałowym fizyologicznym rozczynie soli kuchennej (1:10) w ilości od 0,5 do 2 cm^3 i przekonali się, że na 20 świnek morskich tylko dwie oddziałały szeregiem objawów wstrząsu anafilaktycznego, osiemnaście zaś zwierząt dało wyniki ujemne lub niepewne.

W drugiej połowie doświadczeń celem przekonania się o swoistości odczynu wstrzykiwali zwierzętom, uczulonym smółką ludzką, rozmaite dawki surowicy ludzkiej, rozczynu kału noworodka ludzkiego, rozczynów smółki psa, kota i. t. d. W tej seryi doświadczeń nie otrzymali ani jednego typowego przypadku wstrząsu anafilaktycznego; niektóre zwierzęta przedstawiały wprawdzie obraz niepokoju, duszności, podniecenia i t. p., lecz objawy te były nietypowe i należało je raczej przypisać działaniu toksycznemu wstrzykniętych rozczynów. Wyniki tych badań przemawiają w każdym razie aż nadto dosadnie, że chociaż istnieje w zasadzie możność wywołania wstrzykiwaniami smółki wstrząsu anafilaktycznego, to jednak metoda ta jest zbyt niestałą, aby mogła mieć praktyczne zastosowanie.

Lepsze wyniki dała próba precypitynowa. Pierwsi, którym się udało otrzymać surowicę precypitującą smółkę, byli Sohma i Wilenko[2]). Brezina i Ranzi[3]) potwierdzili wyniki ich badań. Prawie równocześnie z nimi Leclercq i Lefebvre[4]) zbadali tę metodę z punktu widzenia jej praktycznego sądowo-lekarskiego zastosowania i podali dokładny sposób postępowania. Jako płynu do wstrzykiwań używali zawiesiny smółki w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej (1:6), którą dokładnie rozcierali w jałowem naczyniu i celem zabicia ewentualnych mikrobów ogrzewali dwukrotnie w odstępach 2-godzinnych przez pół godziny do + 57° C. Rozczyn tak przygotowany wstrzykiwali kilku królikom w ilości 5 cm^3 podskórnie co trzy dni. Po szóstem zwykle wstrzyknięciu, poprzedzonem oczywista próbnem badaniem, zwierzę skrwawiali i z otrzymaną w ten sposób surowicą precypitującą nastawiali właściwy odczyn z wyciągiem ze smółki. Otrzymanie zdatnego do badania wyciągu sprawia znaczne trudności, ponieważ barwiki żółciowe, zawarte w smółce, udzielają nawet bardzo słabym rozczynom zabarwienia żółto-zielonkawego, które utrudnia odczytanie odczynu precypitynowego. Autorowie ci mieszają smółkę z 10-krotną ilością 0.85$^0/_0$ NaCl, rozcierają, odwirowują, przesączają i tak długo ten prodecer powtarzają, aż się otrzyma ciecz zupełnie jasną, przeźroczystą, tylko bardzo słabo żółtawo zabarwioną. Dziesięć kropli tego wyciągu z dziesięcioma kroplami surowicy precypitującej dają już po kilku minutach pobytu w cieplarce przy + 37° C białawy krążek na granicy zetknięcia się obu płynów, który powoli obejmuje cały płyn i w przeciągu pół-godziny dosięga szczytu natężenia. Leclercq i Lefebvre otrzymywali dokładny wynik jeszcze w rozcieńczeniach smółki 1:50. Wyciągi ze smółki niezbyt gnijącej i nie starszej nad rok, tudzież nie wystawionej na działanie wysokiej ciepłoty, dawały także wyraźne straty. Z wyciągami z białka zwierzęcego, kałem ludzkim i płynem mózgowo-rdzeniowym nie otrzymywali Leclercq i Lefebvre odczynu dodatniego. Natomiast próba ta dawała wyniki dodatnie z innemi ciałami białkowemi człowieka (surowica, wyciąg z mięśni, wody płodowe i. t. d.).

Badania kontrolne, przeprowadzone przez jednego z nas (Olbrycht), aczkolwiek w ogólności potwierdziły wyniki badań powyższych autorów, to jednak z punktu widzenia praktycznego zastosowania nakazywały uznać tę metodę za niezbyt korzystną. Przedewszystkiem jest bardzo trudno otrzymać wysokowartościowe precypicytujące surowice dla smółki, jakie są bezwzględnie konieczne przy badaniach sądowo-lekarskich, przy których prawie z reguły rozporządza się bardzo skąpym materyałem do badania. Nam nie udało się otrzymać surowicy precypitującej smółkę o mianie wyższem, niż 1:20, które należy uznać stanowczo za nizkie. Po wtóre uzyskanie przeźroczystych wyciągów ze smółki, a tylko takie mogą wchodzić w rachubę przy odczynie precypitynowym, wymaga długich już nie przez godziny, lecz przez dni trwających manipulacyi przesączania i odwirowywania. Po trzecie ta zła rozpuszczalność i trudność sączenia smółki nie pozwala na dokładne ilościowe oznaczenie, albowiem w toku różnych manipulacyi potrzebnych, aby wyciąg uczynić przeźroczystym, traci się różne ilości cieczy albo smółki tak, że właciwie ściśle nie można oznaczyć zgęszczenia rozczynów. Wreszcie po czwarte uczulanie zwierząt zabiera zbyt dużo czasu i kosztów, czego także nie można zaliczyć do dodatnich stron metody.

Ponieważ na rozległem polu czynności lekarza znawcy niema żadnej techniki badania, którąby była tak bez zarzutu i we wszystkich przypadkach dawała się zastosować, iżby druga lub wogóle inne metody, wiodące do tego samego celu, były zbędne, chodziło o stwierdzenie, czy w rozpoznawaniu pochodzenia gatunkowego smółki, kiedy próba precypitynowa i anafilaktyczna w tej mierze swej roli w zupełności nie spełniły, nie da lepszych wyników zastosowanie metody odchylenia dopełniacza. Już z góry należało się spodziewać lepszych wyników. Przedewszystkiem przy metodzie odchylenia dopełniacza nie potrzeba zupełnie przeźroczystych wyciągów, które tak trudno uzyskać ze smółki, lecz wystarczają wyciągi wolne od grubszych domieszek, a nadto metoda ta jest, jak wiadomo, o wiele czulsza od

*) Piśmiennictwa w państwach koalicyjnych od czasu wybuchu wojny światowej nie znamy.

bezpośredniej precypitacyi. Te okoliczności skłoniły nas do wypróbowania tej metody.

Przed wykonaniem właściwych badań należało się przedewszystkiem przekonać, jak się zachowuje wyciąg ze smółki zarówno wobec krwinek jak i układu hemolitycznego. W tym celu wyciąg ze smółki, sporządzony w sposób niżej podany, nastawiono w różnych dawkach z wymiareczkowanym układem hemolitycznym i z samą 5 % zawiesiną krwinek i stwierdzono za każdym razem, że wyciąg ze smółki ani nie uszkadza krwinek, ani nie hamuje hemolizy. Wobec tego przystąpiono do dalszych badań. Jako wywoływacz służyła po kilku próbach do uodporniania zawsze tylko świeża smółka, która, jak wiadomo jest jałową. Kierowaliśmy się bowiem myślą, żeby i tak skąpych ciał białkowych w smółce nie denaturyzować czy to przez trzymanie w wyższej ciepłocie lub eksykatorze, czy to przez dodatek karbolu lub innych ciał przeciwgnilnych. Smółkę brano jałowo bądźto ze zwłok płodów (rzadziej), bądźto jałowym nożem z pieluch w ciągu 1½ dnia po urodzeniu się dziecka do jałowego naczynia. Po odważeniu rozcierano ją dokładnie przez około pół godziny w moździerzu, dodając stopniowo (nie naraz) 5-krotną ilość 0.85% rozczynu NaCl, aż uzyskano zupełnie jednostajną zawiesinę. Otrzymaną w ten sposób zawiesinę zlewano następnie do cylindra ze szklanym korkiem i przez ½ godziny wytrząsano, poczem wstawiano ją do wirówki na 20 minut przy 2500 obrotach na minutę. Osadu który powstał po odwirowaniu, nie używano, a zbierano tylko ciecz, mętną, ciemno-zielono zabarwioną, znajdującą się nad nim. Ciecz tę następnie sączono przez hartowany sączek papierowy lub podwójną bibułę pod ujemnem ciśnieniem do probówek. Przesącz ten przedstawiał się w postaci żółto-zielonej aż do ciemno-zielonej cieczy, nieprzeźroczystej, jednak wolnej od grubszych domieszek i stanowił wywoływacz. Cały ten prodecer wykonywano jałowo, używając jałowych naczyń i jałowego 0.85% rozczynu soli kuchennej. Wyciąg, w ten sposób sporządzony, wstrzykiwano dożylnie silnym królikom w ilości średnio 5—7 cm^3 w odstępach tygodniowych. Zwierzęta naogół znosiły dobrze te wstrzykiwania i poza chudnięciem stan ich zdrowia nie pozostawiał nic do życzenia. Wstrzykiwania podskórnego i dootrzewnego zaniechaliśmy, bo już po pierwszem wstrzyknięciu podskórnem królik padł, a sekcya wykazała zgorzel w miejscu wstrzyknięcia. Widocznie ciała ochronne we krwi wystarczają do zabicia drobnoustrojów jakie w wyciągu ze smółki mogą się znajdować, do wstrzykiwań jednak dootrzewnych i podskórnych trzebaby użyć wyjałowionych wyciągów, a tych z powodów dopiero co wyłuszczonych nie chcieliśmy używać. Resztę wyciągu, jaka pozostała po wstrzyknięciu, zaprawiliśmy kwasem karbolowym (na 1 cm^3 wyciągu 0.1 cm^3 5 % kwasu karbolowego w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej) i używaliśmy go przy samym odczynie. Po trzech wstrzyknięciach następowało próbne branie krwi i jeżeli surowica odpowiadała, zwierzę skrwawiano, względnie brano z serca przez nakłucie większą ilość krwi (mniej więcej 20 cm^3), względnie jeżeli miano było za nizkie, robiono dalsze wstrzykiwania w ten sam sposób. Krew wziętą z królika przechowywano w lodowni do następnego dnia, poczem zbierano ze skrzepów surowicę i unieczynniano ją przez pół godzinne ogrzanie przy + 56°C. Przy stałej ilości tej surowicy (0,2 cm^3) nastawiano w całym szeregu rurek jałowych zmniejszające się dawki (0,5, 0,3, 0,1 cm) wyciągu karbolizowanego ze smółki w różnych rozcieńczeniach i dodawano dopełniacza. Jako kontrolę nastawiano takie same rurki bez surowicy, sam wyciąg z krwinkami i zwykłe kontrole dla poszczególnych części składowych układu hemolitycznego. Po zmięszaniu wstawiono rurki na 45 minut do cieplarki przy +37° C. Po upływie tego czasu dodawano dwuchwytnika hemolitycznego i 5 % zawiesiny krwinek, płyny wymieszano i wstawiano na godzinę do cieplarki. Wynik doświadczenia odczytywano po raz pierwszy, skoro wszystkie kontrole shemolizowały, poraz drugi następnego dnia (w około 20 godzin). Dodać jeszcze należy, że dwuchwytnika używano w dawce czterokrotnie wyższej od ilości potrzebnej do wywoływania całkowitej hemolizy, dopełniacza zaś używano w najmniejszej dawce, wystarczającej do rozpuszczania 1 cm^3 5 % zawiesiny krwinek przy użyciu jednostki hemolitycznej dwuchwytnika po półgodzinnem staniu w cieplarce przy + 37° C. Ilość ta wynosiła prawie zawsze 0.05 cm^3 świeżej surowicy świnki morskiej. Jako wskaźnik stosowano krwinki baranie trzykrotnie przemyte, dodając do każdej rurki 1 cm^3 5% ich zawiesiny. Ogólna ilość cieczy w doświadczeniach wynosiła 3 cm^3 w każdej rurce. Jako wyniki otrzymywaliśmy zahamowanie hemolizy w rurkach, zawierających wyciągi ze smółki w ilościach nie mniejszych niż 0,1 cm^3 w rozcieńczeniach od 1:15 do 1:25. Wobec tych pomyślnych wyników ze świeżą smółką, zrobiliśmy następnie cały szereg badań z wyciągami ze smółki zaschłej, różnego wieku (do 6 miesięcy), wystawionej na działanie niekorzystnych wpływów atmosferycznych lub wysokiej ciepłoty gnijącej, przerosłej pleśnią i przekonaliśmy się, że odczyn wypadał dodatnio ze smółką zaschłą, wystawioną na wpływy atmosferyczne, zwłaszcza stałe działanie słońca, przerosłą częściowo pleśnią, niezupełnie zgniłą i nie wystawioną na działanie wyższej ciepłoty niż + 110° C przez 15 minut. W innych przypadkach wyniki były zmienne, stosownie do tego, jak daleko posuniętym zmianom ulegały ciała białkowate, zawarte w smółce.

Ważną w tych przypadkach było rzeczą, czy badanego materyału było dużo, czy też skąpa ilość. W pierwszym razie otrzymywało się lepsze wyniki, coby przemawiało za tem że w większych ilościach smółki czy to gnijącej, czy też poddanej działaniu wysokich ciepłot, znajdować się mogą choćby minimalne ilości niezmienionych ciał białkowatych tak, że i w takich przypadkach nie jest metoda ta bez pewnej wartości.

Chodziło następnie jeszcze o stwierdzenie swoistości odczynu tak ważnej pod względem praktycznym sądowo-lekarskim. W tym celu nastawiliśmy w analogiczny sposób cały szereg rurek z surowicą zwierząt domowych, z surowicą ludzką, z wyciągami z kału, z mięśni i z nasienia ludzkiego i stwierdziliśmy, że odczyn z białkami zwierząt wypadał zawsze ujemnie, natomiast ciała białkowate ludzkie nawet w znacznych rozcieńczeniach dawały odczyn dodatni. Być może, że wstrzymywanie hemolizy nie przebiega tak wyraźnie i szybko (najsłabiej zaznaczona z wyciągiem z mięśni), jak ze smółką, lecz różnice są zbyt delikatne, aby mogły pod względem sądowo-lekarskim wchodzić w rachubę. Ostatecznie zatem metoda odchylenia dopełniacza przy użyciu surowicy swoistej, uzyskanej wstrzykiwaniami smółki nie daje odczynu z białkiem zwierzęcem, atoli nie jest swoistą tylko dla smółki, lecz daje wyniki dodatnie wogóle z białkiem ludzkiem. Mimowoli nasunęła się więc myśl, czy wobec tego surowica, codziennie używana przy badaniach sądowo-lekarskich plam krwawych, surowica precypitująca, nie mogłaby być zastosowaną przy badaniach smółki. Nastawiony przez nas cały szereg doświadczeń z wyciągami ze smółki świeżej jak i wystawionej na rozmaite wpływy szkodliwe przy użyciu surowicy, otrzymanej przez uczulenie królików surowicą ludzką, dał wstrzymanie hemolizy, podczas gdy płyny kontrolne bez tej surowicy zupełnie shemolizowały, podobnie jak i reszta płynów kontrolnych. Ten dodatni wynik metody odchylenia dopełniacza jest tem dziwniejszy, że czynna surowica precypitująca, uzyskana wstrzykiwaniami królikom surowicy ludzkiej (Menschenserumantiserum), nawet wysokowartościowej, nie daje odczynu precypitynowego (strątów) z wyciągami smółki. Należałoby to tłómaczyć większą czułością metody odchylenia dopełniacza. Gdy zadziałanie na siebie wzajemne wywoływacza i niwecznika nie objawia się przy bezpośredniej precypitacyi, to przy metodzie pośredniej, jaką jest odchylenie dopełniacza, daje się ono wykazać.

Na podstawie powyższych badań dochodzimy do wniosków następujących:

1) Celem wykazania przynależności gatunkowej smółki najlepiej i najprędzej wiedzie do celu ze wszystkich prób biologicznych zastosowanie metody odchylenia dopełniacza przy użyciu zwykłej surowicy precypitującej dla krwi ludzkiej. 2) Sposób ten ma te dodatnie strony, że a) zaoszczędza długotrwałego i żmudnego uczulania zwierząt wyciągami ze smółki, b) surowica precypitująca dla krwi ludzkiej znajduje się zawsze pod ręką w Zakładach medycyny sądowej, więc odczyn może być zawsze zaraz dokonany (o układ zaś hemolityczny nie trudno w każdej stacyi Wassermanowskiej), a przez to nie naraża się Sądu na zwłokę, jaka jest potrzebna przy uczulaniu królików smółką celem uzyskania swoistej surowicy, c) surowice, uzyskane wstrzykiwaniami smółki są nizkowartościowe, przez uczulanie zaś królików surowicą ludzką można łatwo uzyskać nawet bardzo wysokowartościowe surowice, jakich się zawsze wymaga przy badaniach sądowo-lekarskich.

Piśmiennictwo. 1) Leclercq i Lefebvre: Ann. d'hyg. publ. 1912, t. 17. (według Dervieuxa i Leclercqa ibidem). — 2) Sohma i Wilenko: Ztschrft f. Immunitätsforschung 1909, t. 3, zesz. 1.— 3) Brezina i Ranzi: tamże, 1910, t. 4, str. 375. — 4) Leclercq i Lefebvre: Rev. de méd. lég. 1911 (luty).

Z oddziału chorób nerwowych Szpitala powszechnego we Lwowie.

Studya z zakresu chorób układu mięśniowego

podał

K. Orzechowski (Lwów).

(Dokończenie).

Przyjmując w naszym przypadku rozpoznanie zapalenia wielu mięśni, nie taimy przed sobą, że rozpoznanie to, jako oparte wyłącznie na kryteryach klinicznych, może w braku badania histologicznego mięśni nasuwać pewne wątpliwości, których przyczyna tkwi w tem, że prawie zupełnie nie znamy dotąd obrazu klinicznego przewlekłego zapalenia wielu mięśni, wysnuwając dla braku kazuistycznego doświadczenia obraz jego poprzez analogie i domniemania z pełniejszych zasobów naszej wiedzy o ostrem zapaleniu wielu mięśni (polymyositis — dermatomyositis acuta). Oto w całej literaturze przy uwzględnieniu wyłącznem spraw uogólnionych zaledwie tych kilka przypadków zapalenia wielu mięśni o mniej więcej przewlekłym charakterze mogliśmy wyszukać:

1. Przypadek Schultzego, dotyczący 3-letniego chłopca; rozpoznanie stwierdzone przez badanie histologiczne. Okres postępowania choroby półtoraroczny. Powolny rozwój. Suchy wyprysk. Z czasem obrzęki na rękach, stopach i twarzy. Ograniczenie ruchów z powodu bolów. Przykurczenia w stawach kolanowych, skokowych i biodrowych. Ogólne obniżenie siły, szczególnie zajęte są mięśnie szyi i kręgosłupa. Bardzo szybko występują zaniki, które z czasem potęgują się i stanowią trwałą pozostałość przebytej sprawy. Odruchy kolanowe zachowane. Pobudliwość elektryczna miejscami obniżona. Badanie histologiczne wyciętego mięśnia stwierdziło śródmiąższowe zapalenie i nieznaczne ścieńczenie włókien, poza tem miąższ mięśniowy był prawie zupełnie prawidłowy.

2. Przypadek II. Fajersztajna, wykazujący cechy podostre i przewlekłe. U 22-letniego robotnika ostry rozwój wśród bolów i ograniczenia ruchów w barkach, przyczem barki miały być też obrzmiałe. Po 3 tygodniach zwolnienie. Czas trwania do śmierci 7 miesięcy. Usadowienie niedowładów jak w dystrofii o typie ramieniowo-łopatkowym. Utrudnienie połykania. Przykurczenia mięśni karku, żwaczy, najszerszych grzbietu, piersiowych, pośladkowych, skręcaczy rąk, zginaczy rąk i palców. Ruchy wszystkich odcinków kończyn zachowane, lecz odbywają się z małą siłą. Zaniki lekkie tylko w mięśniach trójgłowych i naramiennych, mięśnie te zarówno, jak dwugłowe ramion, są twardawe, zresztą mięśnie jędrne. Mięśnie nie wrażliwe na ucisk. Oddziaływanie elektryczne prawidłowe. Odruchy kolanowe zachowane, stopowe i z górnych kończyn słabe. Jako nietypowe objawy podnosi autor brak obrzmień mięśniowych, brak obrzęków i wykwitów skóry w okresie obserwacyi, brak wrażliwości mięśni przy ucisku. Dodać należy, że mimo niedowładów w mięśniach pasa obojczykowego łopatki nie odstawały. Zmiany histologiczne były ciężkie, a polegały przeważnie na zwyrodnieniu miąższu, właściwe zapalne, śródmiąższowe sprawy stwierdzono również, lecz ustępowały one na dalszy plan.

3. Przypadek III. Fajersztajna. Dziewczyna lat 14. Trwanie choroby przez 11 miesięcy. Powolny rozwój. Początek wśród bolów przedramion i kolan. Przebieg przewlekły prawie bez gorączki. Rychło po rozpoczęciu się choroby utrudnienie połykania. W 2. miesiącu wysypka płonicowata, po jej ustąpieniu łuszczenie się skóry przez cały czas choroby. Obrzęków nie było, dopiero w ostatnich tygodniach obrzęk ciastowaty lewej goleni. Bardzo wcześnie rozwijają się wybitne, rozległe i postępujące przykurczenia mięśni kończyn górnych, dolnych i szyi. Znaczny masowy zanik mięśni, stosunkowo najlepiej zachowane mięśnie rąk. Niezwykła zbitość mięśni, miejscami dochodząca do żylastej twardości. Obmacywanie mięśni sprawia dość żywy ból. Z czasem twardość mięśni staje się mniejszą, miejscami nawet zupełnie znikając, a również zmniejsza się wrażliwość mięśni na ucisk. W późniejszym okresie choroby mniej obszerne ruchy bierne i czynne są bezbolesne, a tylko usiłowania zmierzające do przezwyciężenia przykurczeń sprawiają gwałtowny ból. Wszystkie ruchy kończyn są osłabione znacznie i bardzo ograniczone, najmniej dotyczy to mięśni rąk i stóp. Także mocne upośledzenie ruchów tułowia i głowy. Odruchy ścięgniste zniesione, skórne tylko z początku zachowane. Małe obniżenie pobudliwości elektrycznej mięśni z początku, z czasem znaczne, nawet niektóre mięśnie stają się zupełnie niepobudliwe, stosunkowo lepiej jest zachowana pobudliwość nerwów. Przebieg kliniczny i obraz symptomatologiczny odpowiadał czystemu przewlekłemu zapaleniu wielu mięśni (polymyositis chronica). Badanie anatomiczne wykazało przewlekłe śródmiąższowe zapalenie mięśni ze zmianami analogicznemi mniejszego nasilenia i prawdopodobnie wtórorzędnemi w nerwach obwodowych. Przypadek więc zbliżałby się pod względem tylko anatomicznym do zapalenia nerwów i mięśni (neuromyositis).

4. Przypadek Lorenza: Przewlekły przebieg sprawy u robotnika 31-letniego z początkiem ostrym po zaziębieniu, z bolami i zesztywnieniem w karku, poczem rozwija się przykurczenie mięśni mostkowosutkowoobojczykowych. Typ zaników łopatkoworamieniowy, zaniki symetryczne, mięśnie zbite, z dru-

giej strony przerosty w mięśniach naramiennych, trójgłowych i obłych. Czynność odpowiednia do zaników. Zachowanie się elektryczne prawidłowe. Badanie histologiczne, wykonane tylko na wyciętym kawałku m. mostkowoobojczykowego wykazało łącznotkankowe zwyrodnienie przeważnej części masy mięśniowej i niezwykłe pomnożenie jąder, obejmujące wszystkie włókna mięśniowe. Nadmienić trzeba, że chory cierpiał ponadto na dawnego pochodzenia próchnienie kręgów szyjnych gruźlicze, wygojone, które zapewne było powodem przykurczenia mięśni mostkowoobojczykowych i że zmiany histologiczne znalezione mogły być z tem w związku. Autor nie wyraża jasno swego poglądu na całokształt objawów swego przypadku. Chorego uważa właściwie za dystrofika, u którego mięśnie z powodu powikłania z próchnieniem uległy niezwykłej postaci zwyrodnienia włóknistego, przypuszczając, że w innych mięśniach były tesame zmiany histologiczne, co w mięśniu badanym. Z drugiej strony uważa Lorenz za dopuszczalne pojmowanie cierpienia, jako niezwykłej postaci postępującego włóknistego zapalenia mięśni, wykazującego pewne analogie do zapalenia mięśni ze skostnieniem (myositis ossificans progressiva).

5. Przypadek Janowskiego i Wyssokowicza: 23-letnia chłopka z wrzodem żołądka. Czas trwania $^1/_2$ roku. Zajęte mięśnie kończyn i grzbietu. Bole zrazu słabe, nasilają się z czasem, przeważnie występują przy ruchu, ostatecznie czynią niemożliwem chodzenie, pracę rąk, nawet prowadzenie łyżki do ust. Także bolesność przy połykaniu i przy ruchach języka. Na twarzy silne niezwykłe zaczerwienienie, które potem ustąpiło, zostawiając po sobie zbrunatnienie. Wszędzie niemal obrzęk mały, nie pozostawiający dołka po ucisku, twardawy. Obrzęk mięśni podniebienia miękkiego. Brak odruchów ścięgnistych. Cieplota prawidłowa, dopiero ku końcowi 375—376. Śledziona powiększona. Pod koniec bóle mięśni oddechowych, połykanie zupełnie niemożliwe. Śmierć na zapalenie płuc po zakrztuszeniu. Badanie histologiczne wykazało brak zmian miąższowych, a wybitny obraz przewlekłego zapalenia międzymiąższowego (myositis interstitialis diffusa chronica).

6. Przypadek Janickego. 3-letnia dziewczyna. Obrzmienia w mięśniach mostkowosutkowoobojczykowym, trapezowatym, najszerszym grzbietu, piersiowych, mięśniach grzbietu, dwugłowych ramion, prostym brzucha. Dość szybko obrzmienia w jednych mięśniach ustępują, a w innych powstają świeżo. Anatomicznie stwierdzono wybitne zmiany miąższowe i śródmiąższowe, a także niezwykłe zgrubienia powięzi. Przypadek do końca nie obserwowany.

7. Przypadek Knoblaucha. 20-letni ślusarz, z rodziny gruźliczej. Postęp choroby bardzo powolny, stale postępujący, bez zwolnień i bez zaostrzeń. Czas trwania do pory ogłoszenia dwa lata. Brak jakiejkolwiek etyologii. Przed 2 laty wystąpiła także łuszczyca, która wnet całkiem prawie się wygoiła. Rozwój cierpienia powolny wśród utrudnienia ruchów i lekkiego ich osłabienia, naprzód w lewej kończynie górnej, potem w lewej dolnej, z czasem uogólnienie sprawy, bez bolów i bez gorączki. Na skórze były w pierwszym okresie obserwacyi tylko nieznaczne resztki łuszczycy. Stan przedmiotowy zaburzenia ruchowego: Wolne są mięśnie czaszki, szyi, karku i grzbietu, a na kończynach górnych naramienne i część mięśni małych rąk. Zajęte są zresztą w równym stopniu wszystkie mięśnie barków i kończyn górnych, i to więcej po stronie lewej niż po prawej. Na dolnych kończynach są zajęte po lewej stronie mięśnie pośladkowe częściowo, przywodziciele ud, zginacze kolan częściowo, wogóle po lewej stronie bardziej, wszystkie mięśnie lewej goleni, a wreszcie częściowo mięśnie brzucha po lewej stronie. Zaburzenie chorobowe polega więcej na utrudnieniu ruchów, niż na niedowładzie, ruchy są we wszystkich kierunkach ograniczone i możliwe tylko z wielkim wysiłkiem. Wyraźne przykurczenia. Mięśnie deskowatej twardości nawet w spokoju. Mięśnie i pnie nerwowe nie bolesne. Wszystkie odruchy głębokie zachowane. Brak zmian elektrycznych. W ostatnich tygodniach obserwacyi poczęły występować coraz nowe wykwity łuszczycowe na głowie, tułowiu i na kończynach. Na niektórych ograniczonych miejscach skóry niezwykły ciastowaty naciek, tak n. p. na skórze grzbietu między kręgosłupem a lewą łopatką. Nad mięśniami najsilniej zajętymi skóra nie daje się przesunąć na podstawie, ani ująć w fałd. Śledziona nie powiększona, brak objawów gruźlicy u chorego. Histologiczne zmiany na kawałku wyciętym z mięśnia: bardzo silne bujanie tkanki łącznej o charakterze zapalnym w omięsnej zewnętrznej i w grubszych przegrodach omięsnej wewnętrznej. Najznaczniejszym jest naciek drobnokomórkowy w sąsiedztwie naczyń. Włókna mięsne są niemal zupełnie prawidłowe. W skórze stwierdził Herzheimer tylko w skórze właściwej (cutis) drobnokomórkowy naciek pochewkowato ujmujący naczynia, a w małej ilości komórki okrągłe koło pochewek włosowych i przewodów gruczołowych.

Wytworzenie sobie poglądu na obraz kliniczny przewlekłego zapalenia wielu mięśni jest — pomijając szczupłość i niejednolitość materyału kazuistycznego — z tego także powodu utrudnione, że właściwie niewiadomo ściśle, na czem oprzeć kryterya przewlekłości. Strona histopatologiczna nie rozstrzyga tutaj, bo w przypadkach ostrych, n. p. w przypadku Senatora, bywały obecnie wyłącznie zmiany śródmiąższowe. Na razie pozostaje tylko możliwość klasyfikacyi, wychodzącej ze stanowiska klinicznego w myśl propozycyi Fajersztajna, czasem także wynikłej z kompromisowego uwzględnienia i strony klinicznej i stosunków anatomopatologicznych. Zastanowić się także trzeba, jak się odnieść do t. zw. włóknistego zapalenia mięśni (myositis fibrosa), zresztą reprezentowanego również przez bardzo skąpą liczbę przypadków. Na razie przypadki tej grupy można wyłączyć, raz dlatego, że zazwyczaj ograniczały się one do pojedynczych tylko mięśni lub małych grup, tem się różniąc od zajmującego nas tu zapalenia wielu mięśni, powtóre brakowało zwykle objawów skórnych, a wreszcie wiodły one z reguły do nadmiernego bujania zbitej bardzo tkanki łącznej w mięśniach,

jakby na podkładzie konstytucyonalnej skłonności do wyrodnienia łącznotkankowego mięśni, gdy tymczasem w przewlekłem zapaleniu wielu mięśni tworzenie się zapalne tkanki łącznej utrzymuje się w granicach umiarkowanych.

Z siedmiu przypadków, przytoczonych w naszej kazuistyce, przypadek Lorenza odpowiada jednak najprawdopodobniej dystrofii, a także wątpliwą jest bardzo rzeczą, czy należy tutaj przypadek Janowskiego i Wyssokowicza mimo charakteru znalezionych zmian anatomopatologicznych ze względu na wyłącznie podostry obraz kliniczny. Pozostaje więc tylko pięć dość pewnych przypadków z kryteryami przewlekłości zapalenia wielu mięśni, bądźto przedewszystkiem klinicznemi, bądź też klinicznemi i anatomicznemi, główne zaś różnice, wyłaniające się między nimi, a naszym przypadkiem, zasadzają się na tem, że w przypadku Schultzego postęp nie był bezwzględny, w przypadkach zaś, drugim Fajersztajna i Janickego były obok przewlekłych obecne także cechy podostre. Przypadek nasz ujawnia więc obok przypadku Knoblaucha najwybitniej cechy przewlekłości. Być może, że tem należy tłumaczyć brak obrzęków mięśni przez cały ciąg obserwacyi naszej i w klinice dermatologicznej. Jak się rzecz miała z obrzękami skóry, tak charakterystycznymi dla ostrych przynajmniej postaci zapalenia mięśni i skóry (dermatomyositis), nic pewnego nie możemy powiedzieć, bo obrzęki u naszej chorej w pierwszym rzędzie należało odnieść do liszaja*). Znaczniejsze obniżenie pobudliwości elektrycznej było w związku z dłuższym czasem trwania choroby i większem natężeniem sprawy anatomicznej. Tesame czynniki tłumaczą zarazem zniknięcie z czasem odruchów głębokich na dolnych kończynach.

Pozostaje jeszcze omówić zespolenie się w naszym przypadku choroby mięśniowej z liszajem rumieniowatym.

W przebiegu zapalenia wielu mięśni (polymyositis) zdarzają się z reguły jako współrzędna sprawa procesy patologiczne ze strony skóry, skąd też powstała druga nazwa cierpienia zapalenie mięśni i skóry (dermatomyositis). Zmiany ze strony skóry, opisane dotąd, przyczem dodać należy, że doświadczenia te obejmują niemal wyłącznie ostrą tylko postać zapalenia mięśni i skóry (dermatomyositis), mogą występować jako ograniczone zaczerwienienia skóry z gorączką, przypominające do pewnego stopnia różę, w innych przypadkach spotykano wysypki podobne do odrowych, to do płoniczych, w innych wreszcie do pokrzywkowych. Zresztą opisywano, raz różyczkę, dwa razy rumienie, kilkakrotnie wybroczyny skórne i plamy barwikowe, raz plamicę, raz wyprysk (eczema rubrum) i wreszcie raz łuszczycę w przypadku Knoblaucha, zbliżonym do naszego. Nigdy dotąd nie spostrzegano natomiast liszaja rumieniowatego. Wobec tego nasuwa się pytanie, czy mamy tu przypadkowy zbieg dwóch chorób, czy dwoistą manifestacyę tej samej lub pokrewnej sprawy chorobowej. Odpowiedzi stanowczej na tak sformułowane zagadnienie dać nie podobna, bo brak po temu materyału faktów. Sama okoliczność skojarzenia się dwóch rzadkich obrazów chorobowych nastręcza odrazu bardzo poważne podejrzenie pewnego związku liszaja rumieniowatego ze spostrzeganem przewlekłem zapaleniem mięśni, sama przez się jednak ta okoliczność niczego nie dowodzi. Natomiast poważniej za związkiem przemawia przebieg kliniczny, jeśli się zważy, że początek obu cierpień nie był zbyt od siebie odległy, przedewszystkiem zaś ze względu na jednoczesne zwolnienie i współczesność nawrotu. Inne kryterya, anatomiczne, względnie bakteryologiczne, nie mogły być w naszym przypadku wyzyskane, z góry jednak wątpimy, czy byłyby one sprawę wzajemnego związku wyświetliły, tak jak badanie histologiczne nie wyjaśniło jej w przypadku Knoblaucha kombinacyi z łuszczycą. Bo cóżby uzyskało badanie naprzykład histologiczne? Stwierdziłoby zmiany liszaja rumieniowatego, dające w skórze obraz dostatecznie znamienny, w mięśniach jednak nawet na wypadek identyczności zmian, możnaby oczekiwać zwykłych przewlekłych zmian zapalnych bez szczególnych charakterystycznych cech takich, któreby wolno było odnieść tylko do tocznia rumieniowatego (lupus erythematodes). Także z góry należy przypuścić, że badania zmierzające do ustalenia etyologii, właśnie na wypadek współrzędności sprawy w skórze i mięśniach byłyby dały wynik ujemny, jak to najczęściej bywa w liszaju rumieniowatym (zob. zestawienia Jadassohna i Lewandowskyego), a przytem naturalnie taki ujemny wynik nie upoważniałby do żadnych wniosków na korzyść rozpoznania w mięśniach procesu analogicznego do liszaja.

Możliwość wyjaśnienia problemu, zawartego w stronie klinicznej naszego przypadku okaże się w przyszłości, gdy obfitsza kazuistyka umożliwi wejrzenie w istotę powikłań ze strony narządów, a w szczególności mięśni przy liszaju rumieniowatym — pod tym względem znajomości nasze w toczniaku (lupoid) prosówkowym Boecka są jednak kompletniejsze — i gdy z drugiej strony posiądziemy pewniejsze wiadomości co do etyologii liszaja rumieniowatego. Na razie poprzestajemy na wyrażeniu w najostrożniejszej formie przypuszczenia pewnego, ściślejszego związku obu schorzeń spostrzeganych tutaj u tego samego osobnika, liszaja rumieniowatego i przewlekłego zapalenia mięśni, tem samem zaś potrącamy o analogię kliniczną tu opisanego przypadku do obrazu zapalenia mięśni i skóry (dermatomyositis), podobnie jak w poprzednio opisanym przypadku toczniaka (lupoidu) Boecka. Poza tem nie jest wykluczona analogia także etyologiczna obu naszych przypadków ze względu na to, że oddawna niektórzy autorzy, których poczet w ostatnich zwłaszcza latach rośnie, trwają przy zapatrywaniach związku, dotąd bliżej niewyjaśnionego, między liszajem rumieniowatym a gruźlicą. W oświetleniu tego poglądu nabiera pewnego znaczenia przewlekła otwarta gruźlica, stwierdzona u naszej chorej.

Na zakończenie dodaję kilka słów usprawiedliwienia z powodów, które zadecydowały ogłoszenie niniejszego przypadku. Kazuistyka przewlekłego zapalenia mięśni prawie nie istnieje, a ustalenie obrazu chorobowego właściwie nie jest nawet rozpoczęte tak, że publikacya przypadku nawet niepewnego (a niepewnymi pozostać muszą na razie przypadki niestwierdzone badaniem histologicznem), wydaje się już z tego jednego powodu

*) Tak samo trudno rozstrzygnąć, czy zmiany znalezione na podniebieniu miękkiem spowodowane były przez liszaj rumieniowaty, który może przechodzić na błony śluzowe, czy też były one zależne od procesu toczącego się w mięśniach, analogicznie do zmian na podniebieniu stwierdzanych przy zapaleniu mięśni i skóry.

poniekąd obowiązkiem. Własne ociąganie się z ogłoszeniem niniejszego spostrzeżenia z powodu braku badania histologicznego, a tem samem zupełnej pewności co do rozpoznania, naprowadziło mię na myśl, że tasama niezupełność historyi choroby była częściej przyczyną powściągania się autorów z ogłaszaniem swych przypadków, które, jak sądzić należy z wynurzeń różnych kolegów, do tak bezwzględnych rzadkości nie należą i że tu właśnie należy szukać przyczyny szczupłości kazuistyki zapalenia wielu mięśni wogóle, a zwłaszcza przewlekłego. A jednak staraniem naszem powinno być stworzenie tego obrazu chorobowego, choćby na razie o tyle problematycznego, że opartego w pewnej części na znajomości przypadków niepewnych, w których lekarz nie mógł lub nie chciał uciec się do środka rozpoznawczego bądź co bądź bardzo drastycznego, jakim jest wycinanie kawałka mięśnia i tworzenie rany mięśniowej, która przecież goi się nieraz rozległą blizną, stanowiąc pewne upośledzenie czynności i trwałe, zgoła nie tak banalne okaleczenie człowieka, i tak poważnie chorego. Był jeszcze inny wzgląd zachęcający do publikacyi niniejszej. Podobnie jak w przypadku toczniaka Boecka w skórze i w mięśniach tak i w tym także przypadku, dermatolodzy wykluczali z góry możliwość jakiegokolwiek związku istotnego między liszajem a chorobą mięśniową, doświadczenia zaś ich nauki usprawiedliwiały zupełnie to negatywne stanowisko. W przypadku toczni Boecka udało się nam przeprowadzić ściśle dowód wzajemnego związku wbrew tej apriorystycznej opinii. W przypadku obecnie ogłoszonym brak takiego ścisłego dowodu. Przytoczyliśmy tylko przykład wikłania się liszaja rumieniowatego z przewlekłem zapaleniem wielu mięśni, przytem jednak wskazaliśmy naturalnie z zastrzeżeniami na poszlaki, przemawiające za związkiem obu cierpień, więc za jednolitością obrazu i tła chorobowego. Spostrzeżenia, opisane w obu tych artykułach, powinny przeto nadkruszyć jedno z uprzedeń naukowych, zalęgłych na pograniczu dwóch działów medycyny, a powstałych może stąd, że my neurolodzy za mało znamy cierpienia skórne, a naodwrót koledzy dermatolodzy schorzenia naszego szczególnego zakresu medycyny.

Spostrzeżenie niniejsze i toczniaka prosówkowego skórnomięśniowego szeregują się po pracach polskich autorów, które w liczebnie niepokaźnej literaturze zapaleń mięśni wartością swoją wybijają się na pierwszy plan. Do prac tych należy publikacya Gluzińskiego (1885), zawierająca jeden z pierwszych opisów ostrego zapalenia mięśni i skóry (dermatomyositis). Następuje po niej praca Kadera, przynosząca interesujący pogląd na etyologię, wprawdzie nie udowodniony, lecz dotąd niezbity, nie zastąpiony lepszym i nie przestający być dotąd przedmiotem dyskusyi. Późniejsza monografia Fajersztajna z opisem klinicznym i anatomicznym własnych trzech przypadków jest najpoważniejszem źródłem literackiem dla tych, którzy się kwestyą zapalenia wielu mięśni interesują i żałować należy, że ogłoszona tylko w języku polskim nie jest zagranicą tak dokładnie znana, jak na to ze wszech miar zasługuje.

Lwów, w marcu 1919.

Literatura.

1) Durante: Anatomie pathol. des muscles. Manuel d'histol. pat. Cornil-Ranvier. Paris 1902. — 2) Fajersztajn: Polymyositis primaria. Gaz. lek. 1899. — 3) Jadassohn: Lupus erythematodes w Handb. d. Hautkr. von Mracek. Wien 1904. — 4) Janicke: Deut. m. W. 1895. Ver.-Beil. Str. 117. — 5) Janowski u. Wyssokowicz: Arch. f. klin. Med. B. 71. — 6) Knoblauch: Klinik u. Atlas der chron. Krankh. des Zentralnervensystems. Berlin, Springer, 1909. — 7) Lewandowsky F.: Die Tuberkulose der Haut w Enzykl. d. klin. Med. Die Tuberkulose. Berlin 1918. — 8) Lorenz: Die Muskelerkrankungen. Wien 1904. — 9) Lorenz: Wiener k. W. 1908. — 10) Marinesco: Maladies des muscles. Paris 1910.

Notatka słownikowa
prof. Browicza.

bezczasność, acrania.
włóknistość, marskość żołądka, linitis plastica, cirrhosis ventriculi.
przemoga tarczycy, hyperthyreosis (idismus).
niedomoga tarczycy, hypothyreosis (idismus).
wadliwość jakościowa tarczycy, dysthyreosis.
niwecznik, Antitoxin.
pierwotniaki płaszczowate, Chlamydozoa.
chwytnik (chem.), Chemoceptor.
pasorzyt krwi, Blutparasit.
nakłucie klatki (piersiowej) Bruststich.
szczepienie ochronne bydła, bovovaccinatio.
krwinkotwórczość napadowa, Blutkrise.
wytwórczość żółci, Biligenie.
zżeranie komórek nerwowych, neuronophagia.
niedokształt, niedotwór rdzenia, myelodysplasia.
przestwór szpikowy, Markraum.
płaskonosie, platyrhinia.
rękojeść, Pavillon (cewnika).
przesączalny, filtrierbar.
odłupanie kości, Flächenfraktur.
czoło skośne, fliehende Stirn.
wapno pogazowe, Gaskalk.
krzepliwość, Gerinnbarkeit.
teorya zrębowa, Gerüsttheorie.
wrażliwość na jady, Giftempfindlichkeit.
gleica, Gliomatosis.
podnieta, bodziec skurczowy, Kontraktionsreiz.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XVI. Posiedzenie naukowe z d. 31. maja 1918.

Przewodniczący kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych 25.

I. Kol. Zagórski przedstawia 3 przypadki: 1) **Histerya.** 2) **Czaszka wieżowa.** 3) **Polydaktylia.**

W dyskusyi kol. Rothfeld kwestyonuje co do pierwszego przypadku, czy objawy ze strony ucha są natury histerycznej, zauważa przytem, że otyatrzy w podobnych przypadkach nie odróżniają sprawy organicznej od czynnościowej; sam zwykle w tych razach używa elektryzacyi jako sugestyi.

II. Kol. prof. Sołowij wygłasza odczyt: **Sprawozdanie z niektórych nowszych kierunków ginekologii.** W odczycie tym porusza następujące punkty: 1) Sprawę leczenia istotami promieniotwórczemi. 2) Adenomyositis uteri et recti. 3) Trichomonas w pochwie. 4) O czynnościowych zaburzeniach narządów płciowych u kobiet podczas wojny.

XVII. Posiedzenie z d. 7. czerwca 1918.

Przewodniczy kol. Hornowski. Obecnych członków 29.

I. Kol. Lenartowicz przedstawia przypadek **erythema solare** na twarzy i rękach.

Dyskusya: 1) Kol. Feuerstein mówi o możliwości wpływu gorszego odżywiania na powstawanie takich stanów. — 2) Kol. Barącz przypuszcza możliwość zadziałania w danym przypadku jakiejś maści drażniącej. — 3) Kol. Hornowski mówi o związku takich zmian na skórze z rumieniem lombardzkim (pellagra) i przypuszcza możliwość zatrucia alkaloidem zepsutej kukurydzy, którą nas teraz karmią. — 4) Kol. Lenartowicz wyklucza działanie drażniących maści i gorszego odżywiania, na podstawie zebranych dokładnych wywiadów.

II. Kol. Cieszyński przedstawia przypadek **torbieli szczękowej**.

III. Kol. Cieszyński wygłasza odczyt: **Technika wstrzykiwań do nerwu podoczodołowego w praktyce stomatologicznej, rynologicznej i chirurgicznej** (z demonstracyami).

W dyskusyi zabierali głos: 1) Kol. Schramm zaznacza, iż sposób opisany przez kol. Cieszyńskiego znieczula zbyt mały kawałek skóry, dlatego też dla chirurga lepsza jest metoda Payra znieczulania przez oczodół i szczelinę oczodołową dolną.— 2) Kol. Barącz podnosi zalety metody Cieszyńskiego, osobliwie do leczenia rwy nerwu podoczodołowego. Zastosowanie tej metody nie będzie się jednak nadawać do znieczulania przy wykonywaniu większych zabiegów rynologicznych, jak wyłuszczenie nosa, czasowa resekcya nosa, wyskrobanie jamy nosowej, operacye na kości sitowej, operacye przysadki mózgowej, usunięcie polipów nosowogardłowych i w. i. Przy takich zabiegach nietylko są potrzebne zazwyczaj obustronne wstrzykiwania do dośrodkowej części oczodołu celem znieczulenia nerwów sitowych, ale należy także znieczulać całą drugą gałąź nerwu trójdzielnego znacznie głębiej tuż przy wyjściu z otworu okrągłego, najlepiej perineuralnie metodą Matasa. Długą, cienką igłę wkłuwa się na dolnym wyczuwalnym kącie łuku jarzmowego i prowadzi dośrodkowo i ku górze przez mięsień żwacz do wyrostka szczękowego, później po jego tylnej powierzchni aż do skrzydeł kości klinowej i fossa pterygopalatina do głębokości 5—6 cm. Tam wstrzykuje się około 5 cm $^1/_2{}^0/_0$ rozczynu nowokainy z dodatkiem adrenaliny. Metoda ta jest pewniejszą niż droga podana przez Payra, gdyż powstające w oczodole krwiaki mogą wywołać ucisk na nerw wzrokowy. Wreszcie uważa Barącz wyjałowienie strzykawki zapomocą jednorazowego wygotowania jej i przechowywania w alkoholu jako niedostateczny sposób wyjaławiania i radzi gotować tak strzykawkę jak i igłę bezpośrednio przed każdym zabiegiem. (Autoreferat).

3) Kol. Zalewski uważa metodę kol. Cieszyńskiego za nadającą się dla zabiegów rynologicznych, ostrzega jednak przed stosowaniem zbyt dużych dawek adrenaliny.

4) Kol. A. Gluziński nie zgadza się z poglądem, aby adrenalina, w zwykle stosowanych dawkach, a tembardziej małych (1 kropla rozczynu 1:1000) mogła wywoływać zapad. Winną tu jest nowokaina, na którą wiele osób jest bardzo wrażliwych, jednak nie adrenalina.

5) W odpowiedzi kol. Cieszyński zaznacza, iż nie chce metodą swoją konkurować z wstrzykiwaniami do otworu okrągłego. Każdy rodzaj zastrzykiwań ma swoje wskazania. Wstrzykiwanie do otworu okrągłego nie jest zabiegiem zawsze bezpiecznym, dlatego też należy je wtedy tylko stosować, gdy nie uda go się uniknąć, — drobne zaś zabiegi doskonale dają się wykonywać przy wstrzykiwaniach do nerwu podoczodołowego. Dawki adrenaliny, które stosuje u swoich chorych, są jak najmniejsze, ze względu na spostrzeganą przez prelegenta wrażliwość niektórych osób na adrenalinę, — im wolniej ją wstrzykiwać, tem jest lepiej. Technika wstrzyknięć perineuralnych nie zupełnie jest precyzyjna, zresztą zawsze jest dążenie do wstrzykiwań endoneuralnych, tylko że nie zawsze się one udają.

XVIII. Posiedzenie naukowe z d. 14. czerwca 1918.

Przewodniczący kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych 29.

I. Kol. prof. Machek, omawia **obrażenia wojenne oczu.** Dzieli wszystkie okaleczenia oczne na 4 grupy: 1) skaleczenia powiek; 2) powierzchowne skaleczenia gałki ocznej (tu uwydatniają się 2 grupy: skaleczenia dynamitem i prochem strzelniczym); 3) ciała obce wchodzące głęboko w gałkę oczną; 4) wielkie ciała obce, sprowadzające pęknięcia gałki ocznej (o ile nie niszczą odrazu oka); kula przechodzi z przodu ku tyłowi (zazwyczaj te przypadki kończą się śmiercią).

II. Kol. Lenartowicz przedstawia: **Lichen ruber accuminatus** (leczony arsenem pod formą neosalwarsanu i pigułkami azyatyckiemi.

III. Kol. Szumowski wygłosił odczyt: **Organizacya medyczna w rosyjskim samorządzie ziemskim.**

W dyskusyi przemawiali: kol. Stenzel, kol. prof. Zaleski, kol. Müller.

XIX. Posiedzenie naukowe z d. 21. czerwca 1918.

Przewodniczący kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych 29.

I. Kol. prof. Cieszyński i kol. Aleksiewicz przedstawiają przypadek **krzywej szyi** leczony metodą ortopedyczną.

II. Kol. prof. Sołowij omawia przypadek **ciąży zewnątrzmacicznej międzyblaszkowej** (mechanizm i los takiej ciąży).

III. Kol. prof. Sieradzki wygłasza referat **w sprawie reformy studyów lekarskich.**

W dyskusyi przemawiali: kol. Zaleski za uwzględnieniem w 5-letniem studyum antropologii i psychologii; kol. Bocheński za uwzględnieniem rentgenologii; kol. Demianowski za uwzględnieniem psychologii i psychopatologii; kol. Szumowski w sprawie uzupełnienia studyów lekarskich filozofią medycyny, psychologią i etyką lekarską; kol. Cieszyński w sprawie studyum przygotowawczego. Nadto przemawiali jeszcze: kol. Opieński i Hornowski.

XX. Posiedzenie naukowe 26. czerwca 1918.

Przewodniczący prof. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych 17.

I. Prof. Cieszyński przedstawia przypadek **rwy nerwu trójdzielnego** II i III gałązki.

II. Prof. Cieszyński: **Rozszczepienie szczęki górnej i poprawa** czynności fizyologicznej **zatykadłem.**

III. Dr Weigel wygłasza odczyt: **Badania nad zarazkiem duru osutkowego.**

W dyskusyi zabierali głos: 1) Kol. Nowicki, który omó-

wił pokrótce badania anatomopatologiczne co do duru plamistego, jakoteż zwrócił uwagę, iż pasorzyty znajdowano w komórkach Kupferowskich, gwiaździstych wątroby. — 2) Kol. Szumowski wskazał na referat zbiorowy Dr Modrzewskiego, w którym ujęte są wszystkie wyniki badań nad durem plamistym w czasie wojny na podstawie piśmiennictwa angielskiego, francuskiego i rosyjskiego. — 3) Przewodniczący zamykając posiedzenie podziękował prelegentowi za nader ciekawy odczyt, zawierający tyle nowych rozstrzygnięć co do wyjaśnienia sposobu przenoszenia zarazka tytusu plamistego na człowieka, co stanowi poważny plon prac prelegenta.

Wiadomości bieżące.

— Ministeryum zdrowia, celem zwalczania epidemii duru plamistego, opracowało szeroki plan działania. Ma być utworzony centralny komitet złożony z przedstawicieli ministeryum zdrowia publicznego, spraw wewnętrznych i wojny oraz przedstawicieli społeczeństwa. W każdem mieście, gdzie jest siedziba okręgowego urzędu zdrowia, tworzy się okręgowy komitet obywatelski, złożony z dyrektora okręgowego urzędu zdrowia, przedstawicieli duchowieństwa wszystkich wyznań, posłów sejmowych, prezydenta miasta, techników, przedstawicieli obywatelstwa wszystkich warstw i wyznań. Okręgowe komitety organizują powiatowe komitety obywatelskie. Wreszcie w każdem mieście, miasteczku, osadzie i wsi tworzą się miejscowe komitety obywatelskie. Zadaniem tych ostatnich jest kontrola nad odwszawianiem danej miejscowości i ludności.

Budżet tej organizacyi wynosi na przeciąg 3 miesięcy olbrzymią sumę 64 miliony mk.

Ministeryum zdrowia liczy, iż po przeprowadzeniu tych zamierzeń epidemia tyfusu zmniejszy się znacznie. Zupełne stłumienie zarazy wymaga kosztów jeszcze większych i pomocy państw sprzymierzonych.

W dalszej pracy ministeryum zamierza dążyć do rozciągnięcia całej akcyi tłumienia epidemii na szereg sąsiadujących z nami państw. Jeżeli bowiem wytępimy zarazę u siebie bez takiejże akcyi wśród sąsiadów, będziemy wciąż narażeni na dalszy przypływ nowych wypadków chorób epidemicznych z zewnątrz. Z tego powodu ministeryum zamierza stworzyć międzynarodową komisyę z siedzibą w Warszawie, któraby pilnowała ogólnego kierunku walki we wszystkich państwach zainteresowanych.

— Choroby zakaźne w Łodzi od 5. X. do 11. X. 1919: dur plamisty 7, dur brzuszny 27 († 2), dur powrotny 1, czerwonka 24 († 4), płonica 27 († 10), nagm. zapal. opon mózg. 2 († 1), róża 2.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Nadesłane.

L. dz. 6131/19. I.

OGŁOSZENIE.

Wydział Zdrowotności Publicznej niniejszem rozpisuje konkurs na stanowisko lekarza miejscowego w szpitalu w Radgoszczu z pensyą mk. 500 miesięcznie wraz z całkowitem utrzymaniem, mieszkaniem, opałem i światłem.

Oferty wraz z curiculum vitae należy nadsyłać do biura Wydziału Zdrowotności Publicznej, ul. Nowy Rynek Nr 1. na imię przewodniczącego Wydziału Dr Fr. Koziołkiewicza do dnia 25. października b. r.

251 Magistrat m. Łodzi.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 44. Kraków, 1. listopada 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K 15·—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K

Rok LVIII. Kraków, 1. listopada 1919. Nr. 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. w Krakowie (Dyrektor prof. Dr A. Rosner).

O niezwykłej zawartości torbieli skórzakowych jajników

podał

Docent Dr January Zubrzycki.

Jak doświadczenie kliniczne poucza, wypełniająca torbiele skórzaste jajników szarawa, gęsta, płynna w ciepłocie ciała treść, może niekiedy wśród pewnych warunków przybierać kształt większych lub mniejszych kulistych tworów. Twory te, barwy wysuszonej gliny i spoistości kitu, pływają w mętnej, żółtawo-brudnej cieczy (Rokitansky, Routh, Torn i Munde, Pfannenstiel, Kroemer, Askanazy, Gebhardt, Opitz i inni). Zbudowane są one zazwyczaj dość jednostajnie. Wokoło jądra, złożonego w przeważnej części przypadków z kryształków cholestearyny (Routh, Gebhardt), układają się okrężnie warstwy tłuszczu, zmieszanego w rozmaitym stosunku ze zrogowaciałym nabłonkiem (Knauer).

Według Gebhardta spotykamy opisane powyżej twory zaledwo w 2% ogólnej liczby torbieli skórzastych jajnika.

Cztery podobne przypadki, spostrzegane w klinice położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie, w ostatnim czasie, z wielu względów zasługują na uwagę i dlatego pozwalam sobie krótki ich opis poniżej przytoczyć.

I. I. R. l. pr. klin. 415/916, podaje w wywiadach, że od kilku miesięcy zauważyła w brzuchu powoli rosnący guz. Przed dwoma tygodniami wystąpiły silne bole brzucha, wzdęcie, wymioty i czkawka. Po kilku dniach objawy te ustąpiły i chora czuła się zupełnie dobrze.

Rozpoznanie kliniczne: Torbiel jajnikowa prawostronna, skręt szypuły. Podczas zabiegu, wykonanego od strony powłok brzusznych, okazało się, że guz ten o szypule skręconej o 180°, wychodzący rzeczywiście z jajnika prawego, połączony jest licznymi zlepami i zrostami z siecią. Przy uwalnianiu guza ze zrostów pękła jego ściana, przyczem z wnętrza jego wydobyło się mnóstwo szarawych, miękkich kulek wielkości grochu, pomieszanych z niewielką ilością mętnego płynu. Guz jest wielkości macicy ciężarnej w VIII. m. ks. ciąży, o ścianie mniej więcej grubości 2 mm. Tak zewnętrzna jak wewnętrzna jej powierzchnia dość gładka, bez jakiegokolwiek śladu zanikłych przegród. We wnętrzu torbieli znajduje się około 7000 kulek wielkości grochu, niewielka ilość włosów zbitych w kłębek wielkości moreli i nieco mętnego płynu. Na szypule widoczne ślady śrubowatego skrętu.

II. N. W. l. 63, l. pr. klin. 271/917, podaje, że od szeregu lat zauważyła po lewej stronie brzucha guz, który w ostatnich miesiącach począł się szybko powiększać. Przy badaniu zwrócono uwagę na to, że w guzie tym znajdują się bliżej nieokreślone, dwa, łatwo zmieniające swoje położenie kuliste twory.

Podczas zabiegu, wykonanego od strony powłok brzusznych, stwierdzono torbiel skórzastą jajnika lewego rozwiniętą śródblaszkowo. Cały guz, olbrzymiej wielkości, leżał w jamie brzusznej pokryty otrzewną. Skośnie od dołu i lewej strony ku górze i na prawo przebiegał pod otrzewną wzdłuż jego powierzchni mięsisty rozpłaszczony postronek (lewe więzadło obłe macicy) zdążający ku wysoko podniesionej macicy. W okolicy podżebrza lewego rozpinała się na guzie pętla esowata jelita grubego. Jeszcze wyżej, na wysokości niemal wyrostka mieczykowatego mostka, przebiegał wzdłuż guza jajowód. Poprzez cienką ścianę torbieli stwierdzić można było w jej wnętrzu kuliste ruchome twory. Podczas zabiegu wskutek pęknięcia ściany z wnętrza guza wraz z mętnym płynem wydostały się na zewnątrz rozmaitej wielkości miękkie, ciastowate, szarawe kule.

Torbiel była wielkości dużej dyni (30×25×28 cm) i była jednokomorowa. We wnętrzu jej znajdowała się nieznaczna ilość mętnej cieczy i duża ilość kulistych szarawych tworów rozmaitej wielkości. Najmniejsze z nich były wielkości ziarnka grochu, największe zaś dochodzą do wielkości dużej pomarańczy. Liczebnie przeważały kulki wielkości orzecha włoskiego. Powierzchnia ich pokryta znaczną ilością włosów. Wewnętrzna powierzchnia torbieli gładka, bez śladu zanikającej lub zanikłej przegrody, któraby wykazywała, że torbiel powstała przez zlanie się dwóch lub więcej torbieli, tylko w jednem miejscu znajdował się twardy guz wielkości pięści, szeroko osadzony. Wycinek tegoż poddano badaniu drobnowidowemu i stwierdzono w nim typowe utkanie mięśniaka.

III. G. W. l. 34, l. pr. klin. 446/918, zgłosiła się do kliniki podając, że już od szeregu lat stwierdzono u niej guz jajnikowy, który, powoli rosnąc, sprawiał jej od czasu do czasu różne dolegliwości, niejednokrotnie nawet tak znaczne, że musiała przez dłuższy czas pozostawać w łóżku. W tym czasie odbyła przed dwoma laty prawidłowy zupełnie poród. Guz miał wtedy wielkość główki noworodka. Mniej więcej przed rokiem dostała chora nagle silnych bolów brzucha, czkawki i wymiotów. Objawy te atoli ustąpiły wkrótce bez śladu. Podobny napad powtórzył się przed sześciu tygodniami.

Przy badaniu stwierdzono, że w jamie brzusznej znajduje się guz wielkości macicy ciężarnej w VII. m. ks. ciąży, nieruchomy, o gładkiej powierzchni średnio twardej. Guz ten rozpoznano jako torbiel jajnikową ze skrętem szypuły i postanowiono usunąć przy pomocy zabiegu, wykonanego od strony powłok brzusznych. W tym celu otwarto jamę brzuszną cięciem około 5 cm długiem i uwidoczniony przez to guz nakłuto trójgrańcęm celem pomniejszenia jego objętości. Z wnętrza torbieli wypłynęła przez pochwę trójgrańca mętna ciecz zawierająca w sobie

nieprzeliczoną wprost ilość kuleczek wielkości prosa. Po pomniejszeniu w ten sposób pojemności torbieli i po przedłużeniu nieznacznem cięcia uwolniono ją z licznych zrostów z siecią, poczem dopiero wyłuszczono już przed powłoki brzuszne. Torbiel była połączoną z prawym rogiem macicy wiotkimi, bardzo nieznacznymi zrostami. Śladu szypuły guza ani też prawego jajowodu i jajnika, pomimo usilnych poszukiwań, nie znaleziono. Lewe przydatki bez zmian

Zewnętrzna powierzchnia wydobytej torbieli nierówna i postrzępiona. We wnętrzu jej znajduje się stosunkowo jeszcze duża ilość płynu i kuleczek wielkości ziarenek prosa. Powierzchnia wewnętrzna torbieli zupełnie gładka, bez jakichkolwiek śladów po zanikłych przegrodach. (Dok. nast.).

O samoistne stanowisko psychiatryi w programie studyum lekarskiego.

Podał Dr Hadrian Demianowski.

Nietylko w pojęciu niespecyalistów ale i na obu istniejących najwyższych uczelniach polskich nauka o chorobach umysłowych nie zdołała sobie dotąd wyrobić stanowiska niezależnego. Neurologia i psychiatrya zostały skomprymowane w pojęcie niepodzielne, neurolog musi być zarazem psychiatrą i na odwrót psychiatrya rzekomo nie da się pomyśleć bez równoczesnego znawstwa neuropatologii. Klinika krakowska nosi urzędową nazwę kliniki chorób nerwowych i umysłowych i podobnie ma się też sprawa z ambulatoryum prof. Halbana we Lwowie. Z drugiej znowu strony należy zauważyć, że medycyna sądowa w program swych wykładów włącza psychopatologię ogólną, integralną cześć, o ile już nie samej kliniki psychiatrycznej, to przynajmniej nauk przygotowawczych do niej.

Czemże wytłumaczyć sobie ten zamach na samoistność i niezależność psychiatryi? Czyżby zakres jej był za szczupły dla osobnego jej traktowania, w następstwie czego zachodzi konieczność zespolenia jej z innym pokrewnym jej działem, oddając równocześnie część jej sporną(!) pod protektorat medycyny sądowej; a może między psychiatryą a neurologią nie zachodzą wogóle znaczniejsze różnice, tak, że psychiatryę należy uważać raczej tylko za osobny rozdział nauki o chorobach nerwowych; a może w końcu psychiatrya, sądząc po bardzo skromnych wynikach leczenia, za małe ma znaczenie praktyczne, by opłaciło się poświęcić jej osobną katedrę?

Kolejno starajmy się odpowiedzieć na każdy z tych ewentualnych zarzutów przeciw samoistnemu stanowisku psychiatryi w programie nauk lekarskich.

Psychiatrya, jako nauka o chorobach umysłowych, stanowi niewątpliwie osobną kartę wiedzy medycznej, operuje zupełnie różnemi i obcemi medycynie somatycznej pojęciami, opiera się na właściwych jej tylko naukach pomocniczych. Ogromne grupy wydzielone z chaosu zjawisk psychopatologicznych, dzięki Kraepelinowi i jego szkole, stanowią bezmiar materyału klinicznego, w części już obrobionego, a w części stanowiącego niewyczerpany materyał dla przyszłych badań.

Stosunek, jaki zachodzi między psychiatryą a neurologią, nie jest wcale ściślejszy, aniżeli stosunek chirurgii do ginekologii, pedyatryi do chorób zakaźnych lub wewnętrznych. Stosunek ten jest nawet o wiele luźniejszy, i to z tych samych względów, z jakich wogóle rysuje się ostro różnica między medycyną somatyczną a psychiatryą. Neurologia, jak i medycyna wewnętrzna, chirurgia, dermatologia czy okulistyka liczy się prawie tylko wyłącznie, o ile nie zupełnie wyłącznie, z faktami fizycznymi o konturach realnych i uchwytnych, gdy dla psychiatry stany świadomości są przedmiotem wyłącznego zajęcia.

Bezwątpienia między poszczególnemi działami medycyny istnieją zagadnienia, czy też jednostki chorobowe przejściowe, które zaliczyć możemy z równą słusznością do tej lub owej grupy, a mimoto grupy te nie zatracają swej odrębności i tworzą pewien całokształt danej specyalności, przez osobną klinikę czy katedrę reprezentowanej. Płonicę równie słusznie zaliczyć możemy do działu chorób zakaźnych, jak i do kliniki dziecięcej, zapalenie wyrostka robaczkowego należy tak dobrze do medycyny wewnętrznej jak i do kliniki chirurgicznej.

Pomostem stanowiącym niejako przejście między neurologią a psychiatryą, miała być grupa cierpień, objęta wspólną nazwą nerwic, a leżąca rzekomo na pograniczu obu tych działów wiedzy lekarskiej. Szuflada ta stanowiła do niedawna, a w znacznej części i dziś jeszcze stanowi przytułek dla wszystkich tych cierpień, ramami neurologii słusznie czy niesłusznie objętych, dla których obecnie nie jest znany substrat anatomiczny. Spoczywają tu choroba Parkinsona obok histeryi, pląsawica obok neurastenii, choroba Basedowa obok symptomatycznego tylko kompleksu objawowego, objętego nazwą hypochondryi, wreszcie padaczka, nerwica urazowa i cały szereg nerwic naczyniowych i troficznych obok tak zwanego rzekomego stwardnienia (pseudoskleroza), rzekomego guza lub rzekomego ropnia mózgu.

Histerya i neurastenia wraz z poronionym tworem, hypochondryą, muszą być zaliczone do psychiatryi. To, że histeryę cechuje szereg dla niej niejako znamiennych objawów somatycznych, nie stanowi jeszcze racyi dostatecznej dla odmówienia jej należnego miejsca w ramach psychiatryi. Charakterystyczne objawy żołądkowe pod postacią tak zwanych przełomów (crises), nieraz jako jedyny objaw wiadomy, nie uprawiły jeszcze nikogo do zaliczenia schorzenia tylnych powrózków rdzenia kręgowego do dziedziny chorób narządu trawienia i na odwrót fakt, że przy niektórych organicznych nawet cierpieniach układu nerwowego spotykamy pewne zaburzenia umysłowe, nie jest jeszcze argumentem wystarczającym do zaliczenia psychiatryi do zakresu chorób nerwowych. Z tej samej racyi, że w chorobie Tay-Sachsa charakterystycznemu obrazowi oka towarzyszy niedostateczny rozwój umysłowy możnaby oligofrenię umieścić w ramach oku-

listyki. Mechanizm objawów histerycznych, usposobienie histeryczne, jako skłonność do rozszczepienia osobowości, wreszcie szereg objawów psychicznych, obok jedynie skutecznej psychoterapii, dostatecznie wystarczają dla uznania histeryi za chorobę umysłową.

Nietylko u laików, ale i u lekarzy ustaliło się fałszywe pojęcie co do klasyfikacyi i stopniowania objawów psychicznych, i to w tym sensie, że tak zwane objawy nerwowe, jak wzmożona wrażliwość, zmienny łatwo afekt, uważa się za poronną postać choroby umysłowej (neurosis in psychosim vergens). Czy w pojęciu ściśle psychologicznem może coś podobnego istnieć, co będąc objawem psychologicznym, obcym osobnikowi zdrowemu a właściwem jedynie jednostkom chorym, nie byłoby objawem psychopatologicznym, a przez to samo przedmiotem psychiatryi klinicznej? Wszystkie te objawy kliniczne, które są wyrazem zaburzeń czynności życia świadomego, muszą tem samem należeć do psychiatryi; nazwę zaś objawów nerwowych zachować musimy dla objawów rzeczywiście nerwowych jak, pareztezye, znieczulenia, porażenia i. t. p.

Choroba umysłowa, podobnie jak i weneryczna, stanowi dla publiczności przedmiot wstydu i bywa przez rodzinę chorego starannie ukrywaną. Dla oszukania innych. a w części i siebie samego, wyszukuje się nazwy, które w sposób niejasmy i dwuznaczny mają pokryć przykry dla rodziny chorego istotny stan rzeczy i pod nazwą modnej dziś choroby nerwowej ukryć przed oczyma ciekawych porażenie postępujące, czy schizofrenię. Z drugiej znowu strony tak ordynujący lekarz, jak i otoczenie chorego niezupełnie rezygnuje z nadziei wyleczenia chorego i pod płaszczykiem choroby nerwowej rezerwują dla nieszczęśliwca furtkę, przez którą na wypadek polepszenia czy wyleczenia, mógłby wrócić w szeregi społeczeństwa, od którego straszne miano waryata na zawszeby go odgrodziło.

Jakąż rolę odgrywa w tym zamachu na odrębność i samoistność psychiatryi medycyna sądowa, obejmując dziedzinę psychopatologii ogólnej? Równie słusznie należałoby włączyć w wykład medycyny sądowej patologię ogólną, gdyż identyczny stosunek zachodzi między psychopatologią ogólną, a psychiatryą kliniczną, jak między patologią ogólną a klinikami medycyny somatycznej. Znawstwo sądowe psychiatryczne w zasadzie i krańcowo różni się od reszty zadań medycyny sądowej. W postępowaniu naprzykład karnem znawca-niepsychiatra stwierdza na równi z sędzią śledczym istnienie fizyczne faktu zbrodni, znawca zaś psychiatra staje już wobec faktu fizycznie stwierdzonego, a oceniając stan umysłowy badanego na podstawie czysto klinicznych metod i doświadczenia, nie posługuje się przy tem żadnemi obcemi dla psychiatryi klinicznej, a właściwemi tylko dla medycyny sądowej metodami. Wywiady, studyum listów czy aktów, kontrola badanego, są to wszystko metody, stosowane codziennie przy łożu chorego.

Najnowsze prawodawstwo szwajcarskie wymaga od znawcy rozważenia określenia i uwartościowania motywów czynu, czyniąc go doradcą psychologicznym sędziego; z drugiej znowu strony zeznania świadków poddano w czasach ostatnich licznym doświadczeniom (Stern, Marbe), dając tym sposobem podstawy dla psychologii sądowej. Dziedzina ta prędzej już może dałaby się wydzielić z nauki psychiatryi, a przy równoczesnem uwzględnieniu jej we właściwych granicach, przez wykład medycyny sądowej stanowiłaby ponętny rozdział psychologii lekarskiej i psychopatologii ogólnej.

(Dokończenie nastąpi)

Wiadomości bieżące.

— Dnia 22. X. odbyło się pierwsze po feryach posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem prof. Wachholz wygłosił odczyt p. t. »Rzut oka na historyę szpitalnictwa w Polsce«.

Na posiedzeniu d. 20. IX. Dr Spira mówił »O sklerozie ucha«.

— Choroby zakaźne w Krakowie od 5. X. do 11. X. 1919: płonica 4 (1), błonica 3 († 1), dur brzuszny 6 (4 † 2), czerwonka 85 (7 † 12), dur plamisty 4 (1), róża 2 (1).

— Choroby zakaźne w Łodzi od 12. X. do 25. X. 1919: dur plamisty 23 († 3), dur brzuszny 69 († 8), dur powrotny 3, czerwonka 32 († 9), płonica 63 († 8), róża 3, odkażono mieszkań 1161, odwszono osób 15805.

Redakcya otrzymała: Dr Edward Bruner: Zasady organizacyi walki z toczniem. Zdrowie, 1919, Z. 6. — Doc. Józef Jaworski: Organizacya pomocy położniczej. Warszawa 1919. Wydawnictwo Ministerstwa zdrowia.— Doc. J. Jaworski: O zapobieganiu chorobom kobiecym ze stanowiska sanitarnego. Warszawa 1919.

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr Kazimierz Majewski.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 45. Kraków, 8. listopada 1919. Rok LVIII.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28.
Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2.
Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K 15·—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K.



Zaparcie nawykowe.

Cierpienia wątroby. — Zwiotczenie przewodu pokarmowego.

CASCARINE LEPRINCE $C^{12}H^{10}O^{5}$

Środek przeczyszczający.

Leczący racyonalnie przyczyny zaparcia.

Laboratoryum Dra M. Leprince'a, 62, rue de la Tour w Paryżu.

222 Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.

Środek przeciwgonokokowy

Moczopędny — Kojący — Przeciwgnilny.

Rzeżączka

Zapalenie pęcherza moczowego

Zapalenie nerek

EUMICTINE

SANTALOL-SALOL-UROTROPINE

KAPSUŁKI GLUTENOWE

Zapalenie miedniczek

Zapalenie miedniczek i nerek

Ropomocz



Laboratoryum Dr M. Leprince'a, 62, rue de la Tour w Paryżu.

Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych. 222

RIODINE

$(C^{18}H^{33}O^{3}IH)^{3}\ C^{3}H^{5}$

JOD ORGANICZNY PRZYSWAJALNY



NAWET W DUŻYCH DAWKACH NIE WZBUDZAJĄCY OBAWY POWIKŁAŃ

STWARDNIENIE TĘTNIC,
DNA, GOŚCIEC, OTYŁOŚĆ,
CHOROBY SKÓRNE.

2 do 6 PEREŁEK DZIENNIE POD KONIEC JEDZENIA.

KOLA ASTIER

ZIARNISTA — ROZPUSZCZALNA

REGULUJE SERCE, POBUDZA UKŁAD MIĘŚNIOWY



ŚRODEK PRZECIWNEURASTENICZNY

DWIE ŁYŻECZKI OD HERBATY NA DOBĘ.

SPRZEDAŻ WE WSZYSTKICH APTEKACH.

LABORATOIRE: ASTIER 45. Rue du Docteur Blanche PARIS.

PRÓBY I LITERATURĘ DOSTARCZA FILIA ASTIER, WARSZAWA ZŁOTA 27. 220

Rok LVIII. Kraków, 8. listopada 1919. Nr. 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. w Krakowie (Dyrektor prof. Dr A. Rosner).

O niezwykłej zawartości torbieli skórzastych jajników

podał

Docent Dr January Zubrzycki.

(Dokończenie).

IV. A. J. l. 41, l. pr. klin. 173/1918, od pewnego czasu zauważyła w brzuchu powoli rosnący guz.

Rozpoznano: torbiel jajnika prawego. Zabieg wykonany od strony powłok brzusznych rozpoznanie w zupełności potwierdził. Torbiel wielkości głowy noworodka, o powierzchni zupełnie gładkiej, nie zrosłą z otoczeniem, osadzoną na długiej szypule, usunięto po podwiązaniu szypuły. Po zabiegu ściany jednokomorowej torbieli przecięto i okazało się wtedy, że zawartość jej stanowi nieprzeliczona ilość bardzo drobnych kuleczek wielkości ziarenek maku, pływających w znacznej ilości mętnej cieczy. Wewnętrzna powierzchnia torbieli zupełnie gładka, bez żadnego śladu zanikłych przegród. Na szypule guza nie można było stwierdzić, aby kiedykolwiek uległa ona czasowemu skrętowi.

Rozpatrując opisane powyżej przypadki, zauważyć musimy, że wyróżniają się one pod pewnymi względami od wszystkich podobnych, dotychczas opisanych. W pierwszym przypadku znaleziono we wnętrzu torbieli kuliste twory nie różniące się w niczem od kulek dermoidalnych skórzastych, najczęściej spotykanych w torbielach. Na uwagę zasługuje w tym przypadku jedynie tylko niezmiernie wielka ich ilość, którą w przybliżeniu obliczono na 7000, a która, co nadmienić należy, przewyższa prawie dwa razy największą dotychczas spostrzeganą ilość takich kulek w torbieli skórzastej jajnika. Mam tu na myśli przypadek, opisany przez Bonneya, w którym ilość kulistych tworów, wielkości ziarnka grochu, dochodziła do 4000.

Zawartość torbieli, opisanej w drugim przypadku stanowiły kuliste twory zupełnie zresztą typowe, ale rozmaitej wielkości. Największe z nich dochodziły wielkości dużej pomarańczy. Nadmienić muszę, że dotychczas jeszcze tak dużych kul w torbielach skórzastych jajnika wogóle nie spostrzegano, a największe, o jakich wspomina piśmiennictwo, dochodziły zaledwo do wielkości jaja kurzego (Strassmann).

Wnętrze torbieli, opisanej w trzecim przypadku, wypełniało mnóstwo kuleczek, dochodzących zaledwo do wielkości ziarnek prosa. W czwartym przypadku znaleziono niezmierną ilość kulistych tworów wielkości zaledwo ziarenek maku. Treść torbieli w tym czwartym przypadku przypominała piasek, którego poszczególne grudki rozróżnić można było dopiero pod lupą. Zwrócić uwagę należy na to, że najmniejsze z opisanych dotychczas kulistych tworów w torbielach skórzastych jajnika nie były mniejsze niż ziarnka ryżu (Santi).

Co do powstawania tego zjawiska istnieje cały szereg mniej lub więcej ugruntowanych zapatrywań i teoryi. Pierwszym, który usiłował wytłomaczyć obecność kulistych tworów w torbielach skórzastych jajnika, był Rokitański. Nie zwracając uwagi na czynniki, wyzwalające krzepnięcie cieczy w torbielach skórzastych, ani też nie biorąc zupełnie w rachubę warunków, wśród jakich się ono odbywa, twierdzi on tylko, że zawarte, jego zdaniem, w tych kulkach włosy, uważać należy za punkty kondenzacyjne, które mają ułatwiać krzepnięcie treści torbieli, układającej się wokół nich w postaci k[illegible]ek. Późniejsze atoli badania nie potwierdziły zapatrywań Rokitańskyego. Wykazano bowiem, że nie włosy, lecz kryształki cholesteryny stanowią z reguły jądro kulistych tworów, znajdowanych w torbielach skórzastych jajników. Te to kryształki możnaby było zatem uważać za takie ośrodki kondenzacyjne w pojęciu Rokitańskyego.

Gebhardt przypisuje powstawanie omawianego zjawiska czynnikom czysto fizycznym. Przypuszcza on mianowicie, że wchodzą tu w grę wpływy mechaniczne zupełnie takie same, jakie odgrywają rolę przy robieniu masła, że więc maleńkie kulki tłuszczu zbijają się w coraz to większe pod wpływem ruchów, jakie wykonywa chora. Dla sprawdzenia twierdzenia Gebhardta wykonałem cały szereg bardzo prostych doświadczeń. W ciepłocie 37° C. wstrząsałem przez kilkanaście godzin treść torbieli skórzastych. Pomimo to jednak zmian żadnych we wstrząsanej cieczy nie zauważyłem. Wynik tych kilkakrotnie powtarzanych doświadczeń był zawsze najzupełniej ujemny.

Z innych fizycznych czynników, które, jak twierdzono, miały przyczyniać się do powstawania tych kulistych tworów, wymienić należy nagłe oziębienie zawartości torbieli. Zwolennicy tego zapatrywania przypuszczali, że podczas samego już zabiegu operacyjnego przy wytaczaniu torbieli z jamy brzusznej, a co więcej jeszcze przy pęknięciu ściany może nastąpić nagłe oziębienie treści torbieli i skutkiem tego bardzo szybkie ścięcie się tłuszczu, stanowiącego część składową płynu, wypełniającego jej wnętrze. To miało w myśl tej teoryi pociągać za sobą zbijanie się zawartości torbieli w mniejsze lub większe kulki. Temu tłomaczeniu przeczy jednak w zupełności przypadek opisany przez Opitza, o tyle ciekawy, że skutkiem przebicia zropiałej torbieli skórzastej do odbytnicy odeszły z niej wraz z kałem kulki, złożone z masy dermoidalnej. Łatwo zrozumieć, że w przypadku tym o jakiemkolwiek nagłem oziębieniu torbieli, względnie jej treści mowy być nie mogło. Przeciwko omawianemu zapatrywaniu przemawia także i drugi z opisanych przezemnie przypadków, w którym kule, z powodu swojej niezwykłej wielkości stwierdzić się dały przez powłoki brzuszne, zanim przystąpiono do zabiegu.

Bardzo zawile przedstawia sobie powstawanie kulistych tworów w torbielach skórzastych jajnika Frankl. Zdaniem jego, do wytworzenia się ich konieczne jest naprzód częściowe wessanie tłuszczu z torbieli, potem dopiero następowe przechodzenie masy, złożonej z dużej ilości rozpadłych nabłonków i skąpej ilości tłuszczu przez jakiś wąski otwór lub kanał. Twierdzenie swoje opiera Frankl głównie na teoretycznych wywodach i na przypadku, ogłoszonym przez Florschütza, niezwykłym o tyle, że w uzyskanej drogą zabiegu chirurgicznego torbieli jajn[illegible]wej kulki pływały wolno w pseudomucynowej galarecie. To zmieszanie się zawartości pseudomucynowej i skórzakowej torbieli było wynikiem częściowego zaniku przegrody pomiędzy równocześnie w tym samym jajniku wytworzonemi i tuż obok siebie leżącemi torbielami pseudomucynową i skórzastą. Otwór początkowy, powstały w zanikającej przegrodzie, miał zdaniem Frankla spowodować, że zawartość torbieli skórzastej przechodząc przezeń do sąsiadującej torbieli pseudomucynowej ukształtowała się w kule. Zdaniem mojem jednak nie można tu wykluczyć prawdopodobniejszej możliwości, że najpierw doszło tutaj do wytworzenia się kulistych tworów w torbieli skórzastej, a potem dopiero do zaniku przegrody pomiędzy dwoma rodzajami guzów i do zmieszania się już tak zmienionej treści skórzaka z treścią torbieli pseudomucynowej. Frankl, podobnie jak i Gebhardt, nie bierze zupełnie w rachubę spostrzeżeń klini

cznych, zwłaszcza zaś nie uwzględnia nadzwyczaj częstego związku między tworzeniem się kul dermoidalnych, a utrudnionymi miejscowymi warunkami krążenia w obrębie samejże torbieli, z jakimi przy powstawaniu omawianego zjawiska tak często się spotykamy. Przeciwko zapatrywaniu Frankla przemawiają również wszystkie cztery nasze przypadki. W żadnym bowiem nie znaleziono ani kanałów, ani otworów w torbieli, przez któreby mogła się przeciskać zawartość torbieli. Co więcej, nie znaleziono nawet żadnych śladów zanikłych przegród lub komór, w którychby pierwotnie otwory takie znajdować się mogły.

Odmiennie od poprzednio wymienionych autorów tłómaczy tą sprawę Thorn. Jest on bowiem zdania, że za bezpośrednią przyczynę tworzenia się kulek uważać należy nagromadzenie się we wnętrzu torbieli nadmiernych ilości płynnej wydzieliny, wytworzonej przez gruczoły potne, znajdujące się w ścianie torbieli. Wydzielina ta, zdaniem jego, nie może wymieszać się z pierwotną treścią torbieli, wskutek czego treść ta zbija się w mniejsze lub większe kule. Niestety Thorn nie dostarczył dowodu na poparcie zasadniczej przesłanki swojego wniosku to jest, że rzeczywiście w tych przypadkach chodzi o zwiększone nagromadzenie się wydzieliny gruczołów potnych we wnętrzu torbieli.

Olshausen i Pfannenstiel, opierając się na uderzającym związku pomiędzy znajdowanemi w torbielach skórzastych kulistymi tworami, a równocześnie spostrzeganem upośledzeniem krążenia w obrębie samychże guzów (skręt szypuły i t. p.), twierdzą, że wskutek nagle zmienionych warunków krążenia, a względnie skutkiem zaciśnięcia naczyń żylnych powstałe przekrwienie bierne, stwarza okoliczności sprzyjające wytwarzaniu się omawianych tworów. Upośledzenie krążenia wywołuje bowiem typowy miejscowy obrzęk i szybkie przesiąkanie surowiczego płynu do wnętrza torbieli. Nadmierna ta ilość przesięku, odmiennego zupełnie od pierwotnej treści torbieli, nie może, zdaniem tych autorów wymieszać się należycie z treścią torbieli, wskutek czego zbija się ona następowo w kuliste twory. Ruchy ciała chorej odgrywają przytem według Olshausena również pewną rolę.

Rozpatrzmy obecnie nasze przypadki z punktu widzenia teoryi Pfannenstiela i Olshausena. W pierwszym z nich był niewątpliwie skręt szypuły, a w następstwie zaś jego utrudnienie odpływu żylnego i tworzenie się przesięku do wnętrza guza. W drugim przypadku warunki krążenia musiały być również zmienione, a to skutkiem śródblaszkowego rozwoju torbieli, jak niemniej skutkiem wysunięcia macicy i przydatków wraz z naczyniami ku górze. Wynikiem tego musiało być nadmierne wyciągnięcie naczyń krwionośnych i częściowe przynajmniej zamknięcie ich światła. W trzecim doszło z powodu skrętu szypuły aż do oddzielenia się guza od macicy. Rzecz zatem zupełnie zrozumiała, że tak daleko posunięte zmiany, które doprowadziły do zaniku szypuły i naczyń torbieli, odbić się musiały także na krążeniu miejscowem w obrębie samego guza. O ile trzy pierwsze przypadki przemawiają bez wątpienia za przytoczonem zapatrywaniem Olshausena i Pfannenstiela, o tyle nie możemy tego twierdzić o czwartym przypadku. W czwartym przypadku nie było bowiem ani skrętu szypuły, ani też żadnych zrostów, ani nawet śródblaszkowego rozwoju, czyli jednem słowem nic nie wskazywało na miejscowe upośledzenie względnie zaburzenie krążenia w obrębie torbieli. Pomimo to jednak i przypadek czwarty przy pomocy zapatrywania Pfannenstiela i Olshausena wytłómaczyć w zupełności możemy. Zdaniem bowiem mojem nie można i tu wykluczyć możliwości czasowego przynajmniej zaburzenia w krążeniu w obrębie uszypułowanego guza, zaburzenia, które nie pozostawiło żadnych śladów na jego szypule lub ścianie. Wystarczy, aby skutkiem n. p. ruchów jelit uległa torbiel czasowemu przesunięciu, to już w związku z tem nastąpić może nadmierne wyciągnięcie szypuły guza i naczyń w niej biegnących, i skutkiem tego częściowe przynajmniej zamknięcie światła naczyń żylnych. To zaś, rzecz jasna, musi wywołać utrudnienie odpływu krwi żylnej i gromadzenie się surowiczego przesięku w obrębie guza, czego następstwem ma być według Pfannenstiela i Olshausena zbijanie się treści torbieli skórzastej w kuliste twory. Po pewnym krótszym lub dłuższym czasie znika przyczyna, wywołująca przesunięcie guza i guz powraca do swego pierwotnego położenia, a na ścianie guza i jego szypule z łatwo zrozumiałych względów nie pozostaną żadne ślady, któreby przemawiały za tem, że w danym przypadku było czasowe upośledzenie krążenia żylnego. Przykładów takich na poparcie powyższego tłómaczenia znalazłoby się i więcej, a nie wielka stosunkowo liczba z opisanych dotychczas torbieli skórzastych jajnika, zawierających twory kuliste, a nie okazujących śladów upośledzenia krążenia krwi w obrębie guza, mogłaby w ten sposób z punktu widzenia teoryi Olshausena i Pfannenstiela znaleść swoje wytłumaczenie.

Inaczej na tę sprawę zapatruje się Schottlaender, który twierdzi, że w tych przypadkach, w których wytworzyły się w treści torbieli twory kuliste bez śladów równoczesnego upośledzenia miejscowego krążenia krwi, torbiele skórzaste, jak on się wyraża, rozwinęły względnie rozrosły się w obręb przestrzeni chłonnych w ten sposób, że przestrzenie te stanowią część składową guza. W takich razach, twierdzi Schottlaender, płyn z naczyń chłonnych może się dostawać wprost do wnętrza torbieli i odgrywa tu przy powstawaniu omawianych tworów tę samą rolę, co przesięk surowiczy.

Kliniczne spostrzeganie stwierdza, że nie każdy skręt szypuły, na co już i Pfannenstiel zwraca uwagę, wiedzie do zbijania się treści torbieli skórzastych w kulki. Zdarza się niejednokrotnie, że spotykamy przy skręcie szypuły zawartość torbieli w postaci jednostajnie czerwono-krwawo zabarwionej cieczy. To wskazywałoby na to, że oprócz utrudnionych warunków krążenia i przesiąkania płynu surowiczego do wnętrza guza także i inne czynniki, których do dziś dnia nie zdołaliśmy określić, wchodzą w grę przy powstawaniu wspomnianego zjawiska. Ker-

mauner twierdzi, że są to czynniki przyrody chemicznej. Opierając się na wynikach swoich doświadczeń na klinicznych danych i na piśmiennictwie dochodzi on do wniosku, że zbijanie się zawartości torbieli skórzastych w kuliste twory jest wywołane przez ciała, które wraz z surowicą krwi i t. p. dostają się do wnętrza torbieli. Pod wpływem tych ciał, obok równoczesnego częściowego wessania płynnego tłuszczu, znajdującego się w treści torbieli, powstają kolloidalne strąty i zawartość torbieli kształtuje się w mniejsze lub większe kule. Kermauner wyraża zdanie, że ciała, które wywołują to rozdzielenie się treści torbieli, dostać się mogą do jej wnętrza, bądźto wskutek upośledzenia krążenia (skręt szypuły, rozwój guza śródblaszkowy, zrosty i t. p.), bądź też wprost skutkiem rozwoju guza w tak zwanych przestrzeniach chłonnych. Poza tem twierdzi, że zjawisko to udało mu się wywołać sztucznie przez dodanie do treści torbieli skórzastych surowicy krwi. Nadmienia przytem, że przebiega ono w doświadczeniu »in vitro« bardzo wolno. Dziwnem mi się wydaje, że Kermauner, uzyskawszy, jak twierdzi, powstanie omawianego zjawiska wśród bardzo prostych warunków doświadczenia (zmieszanie treści torbieli skórzastej z surowicą), gdzie przecież nie było mowy o tem, aby w czasie samego doświadczenia częściowo znikł względnie został wessany płynny tłuszcz z treści torbieli, mimo to wprowadza tę okoliczność, jako warunek, bez którego »in vivo« nie mogą powstać twory kuliste w torbieli. Cały szereg doświadczeń, które w tym kierunku przeprowadziłem, nie dał dodatnich wyników, a tem samem nie potwierdził poglądów Kermaunera. Doświadczenia te wykonałem w ten sposób, że zawartość torbieli skórzastych mieszałem w stosunku od 1 do 9 z surowicą krwi, krwią odwłókniona albo wreszcie z płynem, uzyskanym z surowiczej torbieli jajnika, która uległa skrętowi szypuły i w naczyniach szczelnie zamkniętych umieszczałem na przeciąg czternastu dni w cieplarce o 37° C. Zbadałem w ten sposób zachowanie się trzech rozmaicie makroskopowo wyglądających treści torbieli skórzastych po dodaniu do nich wyżej wymienionych płynów. Wynik doświadczeń był zawsze ujemny. Mieszanina nie zmieniła nigdy swojego pierwotnego wejrzenia bez względu na to, czy pozostawiałem ją w zupełnym spokoju, czy też często wstrząsałem. Może być, że do badań moich użyłem właśnie treści torbieli, która nie nadawała się do tego celu i dlatego inne, niż Kermauner, otrzymałem wyniki. Przypuszczam jednak, że nie w tem należy dopatrywać się przyczyny moich niepowodzeń. Wogóle, zdaniem mojem, takie proste i grube doświadczenia nie doprowadzą nigdy do pożądanego celu. Sądzę bowiem, że do uzyskania na drodze doświadczalnej omawianego zjawiska niezbędnem jest stworzenie warunków doświadczenia, ile możności zbliżonych do tych, wśród jakich zjawisko powstaje w żywym ustroju. Nie jest zaś to rzeczą tak łatwą, jakby się na pierwszy rzut oka wydawać mogło. Wchodzą tu bowiem bezwątpienia w grę czynniki chemiczno-fizyczne, o których prawie nic nie wiemy a których poznanie natrafia równocześnie na niepokonalne trudności. Przyczynia się zaś do tego między innemi to, że spotykamy się tu ze zjawiskiem, które przebiega w ustroju żywego człowieka i skutkiem tego usuwa się z pod naszej bezpośredniej obserwacyi, a nadto i to, że następuje ono w środowisku, stanowiącem pod względem chemicznym mieszaninę różnorodnych, niezbadanych jeszcze zupełnie ściśle ciał. Treść bowiem torbieli skórzastych składa się pod względem chemicznym, jak to badania Zeyneka, Amesera, Ludwika, Liebleina wykazały, z wysokotopnych tłuszczów, kryształków cholestearyny, ciał białkowych, nieorganicznych soli, mydła i alkoholu o wysokim ciężarze cząsteczkowym (alkohol cetylowy).

Jedno zdaje się nie ulegać najmniejszej wątpliwości, mianowicie to, że większa ilość ciał znajdujących się w treści torbieli skórzastych jajnika ma wymiary cząstek zbliżone do wielkości cząstek stanu kolloidalnego. Rzecz zatem zupełnie jasna, że skutkiem tego cała zawartość torbieli skórzastych podlegać musi prawom stanów kolloidalnych. W pierwszym więc rzędzie mogą cząstki tych ciał albo się zmniejszyć, albo, co nas odnośnie do naszego pytania przedewszystkiem obchodzi, powiększyć. Według zasad chemii kolloidalnej proces ten, czyli tak zwana koagulacya przebiega bardzo szybko, do czego w wysokim stopniu przyczynia się niepomiernie wielka powierzchnia cząstek, wchodzących w grę przy powstawaniu tego zjawiska. Dalej nadmienić należy, iż tak samo, jak w każdej chwili i w każdej fazie proces ten może uledz przerwie, o ile tylko zniknie przyczyna wywołująca go, taksamo, o ile czynnik wywołujący te kinetyczne sprawy działać będzie odpowiednio długo, dojść może do zupełnej zmiany skupienia w danym kolloidzie. Wtedy to kolloid rozdziela się na dwie części: na ciało stałe i na płyn. (Co do naszego zjawiska to tem ciałem stałem są twory kuliste, a płynem, płyn, w którym one pływają w torbieli). To rozdzielenie następuje, ściśle rzecz biorąc, właściwie jako następstwo dwóch równocześnie powstających zjawisk, wspomnianej koagulacyi i tak zwanej dehydratyzacyi. Obydwa one powodują wspólnie, że cząstki kolloidu, łącząc się w większe agregaty ciał stałych, oddają częściowo zawartą w nich wodę na zewnątrz.

Pozostające względem siebie wśród prawidłowych, że tak powiem, warunków w pewnej równowadze chemiczno-fizycznej cząstki danego rozczynu kolloidalnego mogą więc zostać pod wpływem rozmaitych bodźców wyprowadzone z tej równowagi. Co więcej skutek działania tych bodźców może dojść do procesów zdolnych, zasadniczo zmienić wejrzenie kolloidu. Jeżeli więc przyjmiemy, że w treści torbieli skórzastych mogą powstawać analogiczne do powyżej opisanych zmiany, to nasuwa się pytanie, jakie czynniki mogą być tu brane w rachubę i co właściwie stanowi bezpośrednią przyczynę zachwiania równowagi cząstek treści torbieli i co w całym tym procesie odgrywa rolę

czynnika wyzwalającego całą sprawę. Kliniczne spostrzeganie poucza nas, że tworzenie się kulistych tworów w torbielach skórzastych jajnika musimy postawić w pewien przyczynowy związek z upośledzeniem warunków krążenia w obrębie samej torbieli i z następowym przesiękiem znaczniejszej ilości surowicy do jej wnętrza. Kermauner przypuszcza, że wraz z surowicą krwi dostają się do wnętrza torbieli jakieś ciała chemiczne, które wywołują rozdzielenie się jej treści. Nie zwalczając zupełnie teoryi Kermaunera twierdzę, że całą sprawę powstawania tworów kulistych w torbielach skórzastych można o wiele prościej wytłómaczyć, o ile uwzględnimy inne jeszcze znane zjawiska z nauki o kolloidach. Wiemy naprzykład, że zmiany w napięciu powierzchniowem w płynach kolloidalnych mogą również w nich wywołać powstanie zasadniczo innego stopnia dyspersyi cząsteczek. Dzieje się to głównie w tych przypadkach, w których jeden rozczyn kolloidalny miesza się z drugim o innem napięciu powierzchniowem. W zjawisku przez nas rozpatrywanem spotykamy się właśnie z takiem mieszaniem się rozczynów kolloidalnych o różnem napięciu powierzchniowem. Tymi płynami mogą być więc pierwotna treść torbieli i do wnętrza torbieli przedostająca się surowica krwi, względnie sama krew. Tak pierwsza jak druga, to najprawdopodobniej kolloidalne rozczyny o bezwarunkowo różnem napięciu powierzchniowem. To zaś przy pomocy stalagmometru miałem sposobność niejednokrotnie ponad wszelką wątpliwość stwierdzić.

Nie można także pominąć milczeniem nasuwającego się, a również bardzo prawdopodobnego przypuszczenia, że tą energią, sprawiającą omówione zjawiska koagulacyi w treści torbieli skórzastych jajnika, jest energia mechaniczna, ale innej natury, niż napięcie powierzchniowe, która również jest zdolna wyprowadzić z równowagi kinetycznej wszystkie cząstki znajdujące się w danym płynie. Mam tu na myśli ciśnienie osmotyczne w cieczy wypełniającej torbiel, które może pod wpływem przesączu surowicy do jej wnętrza uledz pewnej mniejszej lub większej zmianie.

Oczywista rzecz, że rozstrzygnięcie tych różnych pytań jest niezmiernie trudne. Stworzenie warunków przynajmniej podobnych do tych, z jakimi spotykamy się w ustroju, jest prawie niemożliwe. Opierać się więc musimy na grubej technice doświadczalnej, której wyniki niejednokrotnie nie są zupełnie bez zarzutu i nie pozwalają na rozwiązanie tego zagadnienia ciekawego z teoretycznego punktu widzenia. Te hipotetyczne moje wnioski i wywody oparte są nie tyle na doświadczeniach, które w tym kierunku przeprowadziłem, ile raczej na wiadomościach naszych z zakresu chemii kolloidalnej, na wynikach klinicznego spostrzegania i na badaniach chemicznych składu treści torbieli skórzastych jajnika. Wymagają one bezwarunkowo potwierdzenia swojego i końcowego rozstrzygnięcia przy pomocy doświadczeń uwzględniających wszystkie powyżej wspomniane okoliczności towarzyszące i mogące wchodzić w grę przy powstawaniu tych kulistych tworów w torbielach skórzastych jajnika.

O samoistne stanowisko psychiatryi w programie studyum lekarskiego.

Podał **Dr Hadryan Demianowski.**

(Dokończenie).

Nie mam ani chęci, ani zamiaru uszczuplać kompetencyi medycyny sądowej, której zadaniem jest i będzie komentowanie i interpretacya, ma się rozumieć w sensie lekarskim, poszczególnych artykułów ustawy, jak i łagodzenie tarcia, jakie skutkiem różnicy w pojmowaniu poczytalności między sędzią a znawcą powstaje.

Tak zwana psychiatrya sądowa stanowi na klinikach zagranicznych bądźto wykład osobny, bądźto bywa uwzględniana w wykładzie psychiatryi klinicznej. Tak samo ma się też sprawa ze wszystkimi poważniejszymi podręcznikami psychiatryi, choćby dla przykładu wymienić zbiorowe wydanie Aschaffenberga lub klasyczne dzieło Bleulera, gdzie sądowa część psychiatryi jest osobno przez klinicystów-psychiatrów traktowana.

Ważność stanowiska społecznego psychiatryi zależy przedewszystkiem od częstości cierpień umysłowych. Dokładne badania w tym kierunku wykazały, że 1% ludności dotknięty jest chorobą umysłową, o ile w statystyce uwzględnimy padaczkę i grupę oligofrenii. Maier znalazł u poborowych w 2% choroby umysłowe. Zakłady dla obłąkanych w Solnogrodzie posiadają 1 łóżko psychiatryczne na 500 mieszkańców. Liczba ta przedstawi nam dopiero w przybliżeniu częstość chorób umysłowych, jeżeli uwzględnimy, jak nikły stosunkowo odsetek umysłowo chorych bywa umieszczany w zakładach. Zakłady dla obłąkanych w państwie niemieckiem mieszczą przeszło 100.000 chorych.

Bleuler w swym podręczniku psychiatryi bardzo trafnie określa ważność społeczną chorób umysłowych w słowach: »man kann eine Welt dirigieren, ohne überhaupt Arme und Beine zu haben, während eine kleine Störung im psychischen Mechanismus den kräftigen Menschen in ein bedauernswürdiges Objekt der Pflege oder einen gefährlichen Gegner der Geselschaft verwandeln kann«.

Nietylko jednak społeczne, ale i wybitne naukowe dzierży psychiatrya stanowiske, wywierając swój wpływ przedewszystkiem na psychologię, pozwalając jej przez poznawanie stanów patologicznych głębiej wniknąć w istotę zjawisk psychicznych. Zrozumienie i analiza wielkich dzieł sztuki, interpretacya symbolów, wymagają koniecznie wyszkolenia psychiatrycznego.

Wnioski:

1) Nauka o chorobach umysłowych ze względu na swą zasadniczą odrębność i konieczność specyalnych urządzeń klinicznych, jak i ze względu na swą doniosłość społeczną, musi być reprezentowaną przez osobną klinikę i osobną katedrę, tak jak na uniwersytetach zagranicznych, choćby wymienić klinikę monachijską i zurychską.

2) Wykłady o chorobach umysłowych powinny uwzględniać wszystkie zagadnienia, ważne dla znawcy-psychiatry.

3) Wykłady kliniczne powinny być poprzedzone w pierwszym okresie studyów przez wykład psychologii normalnej z uwzględnieniem potrzeb lekarza; wykład taki należałoby powierzyć psychologowi-lekarzowi; w okresie drugim powinny być wykłady kliniczne poprzedzone przez wykład psychopatologii ogólnej.

Problem spotęgowania pracy.

Po pięciu z górą latach wielkiej wojny stoimy w obliczu ciężkiego przesilenia. Ogólny zastój w przemyśle, upadek produkcyi surowca, narastająca wciąż drożyzna i wynikłe stąd zaburzenia socyalne wszystko to, w większej lub mniejszej mierze, zawisło nad całą Europą, przedewszystkiem jednak ciężkiem brzemieniem wali się na nowo powstałe organizmy państwowe, które z natury rzeczy na wszelkie braki żywiej i dotkliwiej oddziaływują.

Aby im tego oszczędzić, a przynajmniej, o ile możności, złagodzić następstwa, trzeba chwytać się wszelkich dostępnych środków, uciec się ewentualnie i do tych nawet, które wojna sama stworzyła. Nie ulega bowiem najmniejszej wątpliwości, że wśród jej plonów znajdą się i takie, które przy innem zastosowaniu wyjść muszą ludzkości na dobre.

Jeden z takich owoców wojny o doniosłem znaczeniu teoretycznem, a kto wie, czy nie większem jeszcze praktycznem, spowity dotąd trudną do przebicia zasłoną tajemnicy wojskowej, teraz dopiero dochodzi do naszej wiadomości. Są nim daleko naprzód posunięte badania nad znaczeniem kwasu fosforowego dla sprawności mięśni, prowadzone w ciągu wojny przez instytut fizyologiczny uniwersytetu w Frankfurcie. Zanim poddam pod ocenę właściwych czynników szereg wniosków, które skłoniły mnie do napisania tego artykułu, pozwolę sobie przedtem w krótkich słowach streścić wyniki tych badań.

Punktem ich wyjścia było stwierdzenie faktu, że praca mięśni wbrew temu, co twierdził Liebig, nie odbywa się wyłącznie na koszt białka, nie polega też na procesie utlenienia, bo nawet mięśnie, zatrute kwasem pruskim, a więc do oksydacyi niezdolne, kurczyć się mogą. Jakiej natury więc byłaby ta reakcya skurczowa? Stwierdzono, że w pracującym mięśniu pojawia się kwas mleczny, co do pochodzenia którego sprawa była niejasna, bo, aczkolwiek można go uważać za produkt przejściowy rozkładu węglowodanów, to jednak zależności tego kwasu, wytwarzającego się w wyciśniętym soku mięsnym, od dodanych węglowodanów wykazać się nie udało. Na razie zadowolono się tedy przyjęciem jakiejś hipotetycznej substancyi macierzystej kwasu mlecznego i nadano jej miano lactacidogenu. Późniejsze badania wykazały, że obok kwasu mlecznego w mięśniu pracującym występuje i kwas fosforowy nieorganiczny i że stosunek wzajemny obu tych kwasów, niezależnie od warunków doświadczenia, pozostaje mniej więcej ten sam, co przemawiałoby za jednorodnem pochodzeniem tych produktów, za wspólnością źródła, z którego powstają.

Istnienie takiej wspólnej substancyi macierzystej rzeczywiście udało się stwierdzić. Jest nią ozazon kwasu hexosedifosforowego, występującego przy alkoholowej fermentacyi drożdży, a rola, jaką on odgrywa w czasie skurczu mięśnia, i stosunek do węglowodanów zdaje się być taki: Rozkład węglowodanów idzie drogą przejściowej syntezy z kwasem fosforowym na lactacidogen, a ten dopiero, rozpadając się na kwas mleczny i fosforowy (nieorganiczny), daje początek produkcyi ciepła i wyładowaniu się energii kinetycznej.

Że lactacidogen jest istotnie substancyą skurczową czynną, za tem przemawia cały szereg dowodów natury częścią chemiczno-anatomicznej, częścią chemiczno-fizyologicznej. Przedewszystkiem wykazano, że występuje on tylko w mięśniach poprzecznie prążkowanych, a więc szybko się kurczących, i to w stosunku wprost proporcyonalnym do szybkości skurczowej danego mięśnia. Mięśnie białe n. p., o znacznej szybkości skurczu, zawierają lactacidogenu dużo, mięśnie czerwone, kurczące się wolniej, lecz wytrzymalej, mają go mniej, znacznie więcej natomiast mają organicznego kwasu fosforowego, który widocznie w miarę potrzeby przeistaczać się może w nieorganiczny, a więc i lactacidogenowy kwas fosforowy. Ten więc kwas fosforowy organiczny jest niejako rezerwą lactacidogenu, ulegającego w ciągu pracy rozszczepieniu na kwas mleczny i fosforowy. Ostatniem ogniwem w łańcuchu dowodów było stwierdzenie przyczynowego związku między pracą a produkcyą obu tych składników w mięśniu. O wytwarzaniu się kwasu mlecznego wiedziano już dawniej, teraz za pomocą całego szeregu eksperymentów na zwierzętach i ludziach wykazano, że i przemiana fosforu w mięśniach zależy od pracy, ilość bowiem wydzielanego z moczem kwasu fosforowego wzrasta proporcyonalnie do wzrostu pracy.

(Dokończenie nastąpi).

†

Dr Franciszek Kośmiński

Profesor nadzwyczajny położnictwa i ginekologii Uniwersytetu lwowskiego, b. docent Uniwersytetu Jagiellońskiego

zmarł w Krakowie w 53 roku życia 2. listopada 1919 roku.

Wiadomości bieżące.

— Choroby zakaźne w Krakowie od 12. X. do 18. X. 1919: płonica 10, błonica 1 († 1), dur brzuszny 3 (2 † 2), czerwonka 75 (14 † 19), dur plamisty 1 (3 † 3), róża 2, tężec 1.

— Choroby zakaźne w Łodzi od 26. X. do 1. XI. 1919: dur plamisty 25, dur brzuszny 15 († 3), dur powrotny 3, czerwonka 16, płonica 34 († 4), błonica 9 († 2), róża 3.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w październiku 1919:

Gazeta lekarska Nr 39.—41.: Demianowski: O konstytucyi cielesnej porażeńców (39—40). — Rozenfeld: O białym odczynie skóry, jako rzekomym objawie niedomogi nadnerczy (40—41).

Walka o zdrowie Nr 5.—6.: Lenartowicz: Stan szpitalnictwa i środków walki z chorobami wenerycznemi we wschodniej Galicyi.

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr Kazimierz Majewski.**

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 12. listopada 1919 o godz. 6 wieczorem** w Domu Tow. lek. Na porządku dziennym odczyt Dra L. Biera p. t.: Nadzór nad żywnością w Polsce i jego postulaty.



253 L. 34109/3742 III.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego ogłasza niniejszem

KONKURS

na posady: dyrektora, prymaryusza, jednego względnie dwóch ordynaryuszów i jednego wzgl. dwóch sekundaryuszów Kraj. Zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie.

Do posady **dyrektora** przywiązane są następujące pobory służbowe:

1) płaca roczna 6.400 kor.,

2) prawo do 3 dodatków czteroletnich każdy po 800 kor. rocznie,

3) dodatek funkcyjny 1000 kor. rocznie,

4) mieszkanie w naturze oraz z unormowanym deputatem oświetlenia i opału.

Do posady **prymaryusza** przywiązane są następujące pobory służbowe:

1) płaca roczna 4.000 kor.,

2) prawo do trzech dodatków pięcioletnich każdy po 600 kor. rocznis,

3) oodatek funkcyjny 1000 kor. rocznie,

4) mieszkanie w naturze wraz z unormowanym deputatem oświetlenia i opału.

Do posady **ordynaryusza** przywiązane są następujące pobory służbowe:

1) płaca roczna 2.600 kor.,

2) prawo do trzech dodatków pięcioletnich każdy po 400 kor. rocznie,

3) dodatek funkcyjny 1000 kor. rocznie,

4) mieszkanie w natnrze wraz z unormowanym deputatem oświetlenia i opału.

Do posady **sekundaryusza** przywiązane są następujące pobory służbowe:

1) płaca roczna 1.900 kor.,

2) prawo do trzech dodatków pięcioletnich każdy po 200 kor. rocznie,

3) dodatek funkcyjny 1000 kor. rocznie,

4) mieszkanie w naturze wraz z unormowanym deputatem oświetlenia i opału.

Ponadto pobierają wszyscy lekarze Zakładu przez czas trwania nadzwyczajnych stosunków drożyźnianych, wywołanych wojną, dodatki wojenno-drożyźniane w wysokości unormowanej każdorazowo dla odpowiednich rang urzędników państwowych w Galicyi. Obecna wysokość tego dodatku wynosi zależnie od stanu rodzinnego:

a) dla dyrektora od 10.140 do 17.556 kor. rocznie,

b) dla prymaryusza od 9.216 do 15.396 kor. rocznie,

c) dla ordynaryusza od 6.516 do 12.396 kor. rocznie,

d) dla sekundaryusza od 6.132 do 12.000 kor. rocznie.

Wszystkie powyższe posady zostaną nadane prowizorycznie na rok jeden, poczem w razie zadawalającej służby nastąpi stabilizacya.

Ubiegający się o jedną z powyższych posad powinni wykazać się:

1) nieprzekroczonym 40 rokiem życia,

2) obywatelstwem polskiem,

3) nieposzlakowanem życiem,

4) dyplomem lekarskim ważnym w Państwie Polskiem.

Ponadto winni kandydaci na posadę dyrektora wykazać się znajomością ustroju administracyi tego rodzaju Zakładów leczniczych.

Uwaga: Wyjątkowo posada może być nadana kandydatowi, który przekroczył 40 lat życia.

Termin konkursu oznacza Ministerstwo na dzień 1. grudnia 1919 r.

Podania należycie udokumentowane wraz z opisem przebiegu życia i ewent. pracami naukowemi należy wnosić o ile chodzi o posadę dyrektora wprost do Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Wydział III (Szpitalnictwa). Podania o inne posady należy wnosić za pośrednictwem Dyrekcyi Zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie.

Warszawa, dnia 7. października 1919 r.

254 L. 34107/3742 III.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego ogłasza niniejszem

KONKURS

na posadę dyrektora krajowego szpitala powszechnego we Lwowie.

Z posadą ta połączoue są nastepujące pobory służbowe: 1) płaca roczna 6400 kor., 2) prawo do trzech dodatków czteroletnich każdy po 800 kor. rocznie, 3) mieszkanie w naturze wraz z unormowanym deputatem opału i oświetlenia, w razie zaś niedostarczenia mieszkania w naturze dodatek aktywałny (na czas służby czynnej) 1.840 kor. rocznie, oraz dodatek za opał i światło 606 kor. rocznie.

Przez czas trwania nadzwyczajnych stosunków drożyźnianych, wywołanych wojną pobiera dyrektor szpitala dodatek wojennodrożyźniany w wysokości unormowanej każdorazowo dla państwowych urzędników w Galicyi VI kl. rangi. Obecna wysokość tego dodatku wynosi, zależnie od stanu rodzinnego od 10.140 kor. do 17.556 kor. rocznie.

Posada nadana będzie prowizorycznie na rok jeden, poczem w razie zadawalającej służby nastąpi stabilizacya,

Ubiegający się o powyższą posadę powinni wykazać się:

1) nieprzekroczonym 40 rokiem życia,

2) obywatelstwem polskiem,

3) nieposzlakowancm życiem,

4) stopniem doktora medycyny ważnym w Państwie Polskiem,

5) znajomością ustroju i administracyi zakładów leczniczych.

Uwaga: Wyjątkowo posada może być nadana kandydatowi, który przekroczył 40 lat życia.

Termin konkursu Ministerstwo oznacza na dzień 1 grudnia 1919 r. Podania należycie udokumenrowano wraz z opisem przebiegu życia i ew. pracami naukowemi należy wnosić w powyższym terminie do Ministerstwa Zdrowia Publicznego Wydział III (Szpitalnictwa).

Warszawa, dnia 7. października 1919 r.

---

252 L. 34108/3750 III.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego ogłasza niniejszem

KONKURS

na posadę dyrektora krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Do posady tej przywiązane są następujące pobory służbowe: 1) płaca roczna 6.400 kor., 2) prawo do trzech dodatków czteroletnich każdy po 800 kor. rocznie, 3) do datek aktywalny (na czas służby czynnej) 1.840 kor. rocznie, 4) dodatek na opał i światło 606 kor. rocznie.

Przez czas trwania nadzwyczajnych stosunków drożyźnianych, wywołanych wojną pobiera dyrektor szpitala dodatek wojenno-drożyźniany w wysokości unormowanej każdorazowo dla państwowych urzędników Galicyi VI klasy rangi. Obecna wysokość tego dodatku wynosi zależnie od stanu rodzinnego od 10.140 kor. do 17.556 kor. rocznie.

Posada będzie nadana prowizorycznie na rok jeden, poczem w razie zadawalającej służby nastąpi stabilizacya.

Ubiegający się o powyższą posadę powinni wykazać się: 1) nieprzekroczonym 40 rokiem życia, 2) obywatelstwem polskiem, 3) nieposzlakowanem życiem, 4) stopniem doktora medycyny ważnym w Państwie Polskiem, 5) znajomością ustroju i administracyi zakładów leczniczych.

Uwaga: Wyjątkowo posada może być nadana kandydatowi, który przekroczył 40 lat życia.

Termin konkursu oznacza Ministerstwo na dzień 1 grudnia 1919 r. Podania należycie udokumentowane wraz z opisem przebiegu życia i ewent. pracami naukowemi należy wnosić w powyższym terminie do Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Wydział III (Szpitalnictwa).

Warszawa, dnia 7. października 1919 r.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 46. Kraków, 15. listopada 1919. Rok LVIII.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K 15·—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: Redaktor główny. Członkowie: Dr W. Damski, prezes Tow. lek. krak.; dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof dr Rutkowski.

Przewodniczący **Podkomisyi redakcyjnej** w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVIII. Kraków, 15. listopada 1919 Nr. 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Oddział III oczny Szpitala Okręgowego W. P. w Krakowie. (Lekarz naczelny: Dr. Edmund Rosenhauch lek. kpt.)

Przypadek samookaleczenia się przez wysadzenie gałki ocznej

podał

Dr S. Hirschhaut, lek. por.

Jeniec ukraiński F. W., urodzony w r. 1892, służył od r. 1914 w wojsku austryackiem jako szeregowiec. W jesieni 1914, raniony w prawą nogę, dostał się do niewoli rosyjskiej, gdzie przebywał do r. 1918. Po powrocie znowu wysłany na front włoski, był powtórnie ranny w lewe oko, czoło i szyję. Ranione oko wyłuszczono w szpitalu polowym za frontem, i odesłano operowanego do szpitala załogi w Krakowie, skąd jako uzdrowieniec dostał dłuższy urlop do domu. Kiedy po skończonym urlopie znowu się zgłosił do tego szpitala, rany zupełnie były zagojone, odesłano go więc jako internowanego do obozu jeńców w Dąbiu. Około 20 marca b. r. tam znowu zgłosił się jako chory i odtąd jako inwalida przebywał w tamtejszej izbie chorych. Przez cały czas pobytu w izbie chorych zachowywał się zupełnie spokojnie, nie budził przypuszczenia choroby umysłowej, ani też nie miał napadów padaczkowych lub tym podobnych. Skarżył się jedynie czasami na bóle głowy. W dniu 28. kwietnia nad ranem zawezwano lekarza dyżurnego do niego, ponieważ nagle wzrok stracił przez uszkodzenie w nocy pozostałego mu jeszcze prawego oka. Zapytany wówczas F. W. podał, że wycierał palcami prawe oko, by pozbyć się doznawanego w niem swędzenia i łzawienia. Właśnie przytem wycieraniu wzrok stracił. Nazajutrz dodał, że owej nocy miał tak nieznośny ból głowy, iż się mniemał bliskim śmierci, a chcąc sobie męczarnie ukrócić, wydrapał sobie palcem oko, które za siedlisko swego cierpienia uważał. Jednakże cztery tygodnie później zaprzecza przy badaniu psychiatrycznem powyższemu zeznaniu, a raczej nie chce go sobie przypomnieć i utrzymuje, »że z tego sobie dziś sprawy nie zdaje, nietylko, że sam sobie oko wyjął, ale dlaczego, tego także nie pamięta«. Nie może też podać, w jakim stanie się wówczas znajdował, jakie było jego usposobienie i co nim kierowało, i czy nie miał wtenczas jakich urojeń względnie omamów.

Badanie psychiatryczne jest bardzo żmudne, bo chory zachowuje się apatycznie, jest małomówny, odpowiada czasem po kilkakrotnem dopiero powtarzaniu pytania, a krótkie odpowiedzi nie zawsze odpowiadają treści stawianych pytań. Przy badaniu daje się ogólnie stwierdzić wybitnie utrudnione pojmowanie i wyraźnie zwolniony bieg myśli oraz niedostateczna inteligencya i mało wyrobiony krytycyzm. Również nie można od chorego dowiedzieć się, czy przechodził kiedy jaką chorobę umysłową lub stan depresyi. Czy w krytycznym czasie chory przechodził jaką krótkotrwałą chorobę umysłową idącą w parze z zamroczeniem świadomości, tego stanowczo stwierdzić nie można. Najprawdopodobniej jednak przechodził on w tym czasie krótkotrwałą depresyę, o której z powodu wrodzonego niedołęstwa umysłowego nie umie dokładniej nic powiedzieć.

Przypadki urazowego wysadzenia gałki wogóle nie często opisywano, stosunkowo najczęściej jeszcze u wieśniaków, trudniących się chowem bydła, spowodowane ugodzeniem rogu. Wówczas kierunek wysadzenia gałki zależy od kierunku działania urazu: może więc nastąpić wprost ku przodowi przed powieki lub ze zboczeniem w jedną lub drugą stronę, a znany już jest też przypadek (Fuchs: Lehrbuch der Augenheilkunde), gdzie po uderzeniu rogiem znaleziono gałkę w zatoce Highmora. W krajach wschodnio-alpejskich istnieje wśród ludu wiejskiego zwyczaj, że w bijatykach przeciwnicy nawzajem sobie wygniatają gałki oczne, nacierając na oko kciukiem od strony skroniowej; atakowane bywa zwykle oko lewe, ponieważ atakująca ręką przeważnie jest prawa. Do poważniejszych uszkodzeń w takich przypadkach zwykle nie dochodzi, gdyż wypierana gałka znajduje pierwszy dostateczny opór w powiekach i prostych mięśniach ocznych, a jeśli te ulegną naciskowi i gałka zostanie wypartą przed szparę powiekową, to jednak krótki stan wysadzenia oko może znieść bez szkody, gdyż dzięki esowatemu skrzywieniu nerwu wzrokowego między otworem ocznym (foramen opticum) a miejscem wejścia do gałki ocznej, nerw w razie napięcia tylko się prostuje z zachowaniem włókien nerwowych i zdolności przewodzenia.

Poważniej rzecz się ma u ludzi umysłowo chorych, którzy w stanie niepoczytalnym wydłubują sobie gałki oczne, posługując się w tym celu rozmaitemi narzędziami, najczęściej własnymi paznokciami; powstają wtedy nietylko wywichnięcia gałki, ale i zranienia twardówki, przy użyciu tępego narzędzia, palców o ściętych paznokciach pęknięcie twardówki zwykle tuż przy brzegu rogówki, gdzie twardówka najmniej na ucisk jest wytrzymała. Pęknięcie takie bywa dosyć długie i biegnie równolegle do rąbka rogówki. Tutaj należy zaliczyć przypadek Salgo'a (Szigeti: Vierteljahrgschr. fg. M. 1896), tyczący się mężczyzny, który paznokciami rozpruł sobie moszna, wydarł jądra, a potem obie gałki oczne, przypadek Freymutha (Zeitschrift für Med. Beamte 1894), tyczący się kobiety, która w przebiegu ostrego obłąkania poporodowego wydarła sobie rękami obie gałki oczne i wreszcie nasz przypadek, którego genezy, z powodu braku naocznych świadków zamachu podać nie możemy.

Postaramy się natomiast podać sposób uszkodzenia na podstawie obrazu, jaki oko przedstawiało nazajutrz po zamachu. Najbardziej uderza w oko gałka oczna zniekształcona i silnie naprzód wysadzona. Wolnych brzegów powiekowych dojrzeć nie można, gdyż kurczowym pierścieniem opasują one tylną półkulę gałki, około 5 mm poza linią równikową i mimo usiłowań nie pozwalają odprowadzić gałki. Podskórna tkanka łączna powiek obrzękła opasuje gałkę w postaci dwóch poduszeczek od góry i dołu. Jednakowoż na skórze powiek i ich najbliższego otoczenia niema żadnego śladu jakiegokolwiek zranienia lub zapalenia. Widoczna spojówka gałki obrzękła i cała krwią nabiegnięta. Po stronie skroniowej u dołu w odległości 3—4 mm od rąbka, nieregularna kłuta rana spojówki o brzegach postrzępionych zgorzelinowych, odsłania twardówkę silnie nastrzykaną, na której w tem miejscu znajduje się również mała nieregularnie ograniczona rana kłuta z tej rany twardówki obficie sączy się wydzielina krwawomętna. Liczne ślady skrzepłej krwi na prawym policzku, biorące początek od zewnętrznego kąta powiekowego, świadczą o obfitem krwawieniu bezpośrednio po zranieniu, a więc o zranieniu liczniejszych naczyń rzęskowych. Ciśnienie wewnątrzgałkowe zmniejszone objawia się adaptacyą gałki do kształtu, nadawanego jej przez szparę powiekową; mierzenie napięcia, chociażby naciskiem 2 palców, byłoby zbyt bolesne, z powodu czego zaniechaliśmy tego badania. Rogówka nieco zaćmiona, cokolwiek spłaszczona, zupełnie sucha, matowa (e lagophthalmo). Tęczówka bez zmian chorobowych, źrenich 2 mm, regularna, przy bocznem oświetleniu nie widać głębszyca

części oka, tylko cień ciemny świadczy o świeżym krwotoku w ciałku szklistem. Zbyteczna wspominać, że wzrokowa czynność oka zupełnie zniesiona. Również i czynność mięśni ocznych ustała. Tkliwość gałki na dotykanie spotęgowana daje się stwierdzić mimo lekkiego otrętwienia chorego.

W celu uwolnienia i odprowadzenia gałki, wykonano przecięcie zewnętrznego więzadła powiekowego (kantoplastykę), poczem okazało się, że gałka nie była już zdolną ani do cofnięcia się wgłąb oczodołu, ani do powrotu do pierwotnej swej postaci kulistej, nastąpił bowiem już zakaźny naciek wnętrza oka z ciepłotą podgorączkową, który w kilka dni przeszedł w zapalenie ropne (Panophthalmitis). Ropa utorowała sobie drogę przez otwór rany i w stosunkowo krótkim czasie, bo w czternastu dniach, nastąpił zupełny zanik gałki, a gorączka ustąpiła.

Z opisanego stanu wnosimy, że chory wysadził sobie gałkę w ten sposób, iż wciskając kciuk prawej ręki pomiędzy dolną powiekę a gałkę po stronie skroni zaczepił ostrym paznokciem w miejscu rany twardówki i parł na oko wyważając je ku przodowi; wymagało to stanowczo dłuższego czasu i konsekwentnego przeprowadzenia. Chory, jak się zdaje, przerwał swój czyn dopiero wówczas, gdy uczuł, że gałka przebyła największy opór t. j. przeszła obwodem równikowym przez szparę powiekową i do pierwotnego łoża przez tę zaporę wrócić nie mogła. Tymczasem zaś nastąpiły przedziurawienia twardówki i krwotoki w tkance tłuszczowej pozagałkowej, które dzieło zniszczenia znacznie ułatwiły.

Nierozwiązanem musimy zostawić pytanie co do stanu psychicznego chorego w krytycznej chwili. Byłże to czyn dokonany w przebiegu napadu obłąkania, a więc bezwiednie, czy też zamach niejako samobójczy osobnika umysłowo chorego zamierzającego w ten sposób kres położyć swym mękom wywołanym długoletnią wojną, a niezdolnego osądzić, że w ten sposób czyni swoje położenie jeszcze rozpaczliwszem.

Problem spotęgowania pracy.

(Dokończenie).

Tyle teorya. Teraz z właściwą Niemcom zdolnością jaknajszybszego realizowania i zużytkowania rezultatów pracy naukowej zabrano się do dzieła. Droga rozumowania była prosta: Jeśli reakcya chemiczna, wiodąca do skurczu mięśnia, polega na rozpadzie lactacidogenu na kwas mleczny i fosforowy, to rozumie się że, aby mięsień mógł wypocząć względnie szybciej odzyskać zdolność do pracy, trzeba odtworzyć z węglowodanów i kwasu fosforowego zużyty lactacidogen, wprowadzając oba te składniki do ustroju. Wpływ spożywanego cukru na sprawność mięśni, aczkolwiek niewątpliwy, okazał się jednak niezbyt wielki. Za to dowóz fosforanów doprowadził do nadzwyczajnych wyników.

Pomijam rozliczne szczegóły doświadczeń, które ciekawi znajdą w 31. numerze »Medizinische Klinik« z 3. sierpnia b. r.; zadowolę się jedynie stwierdzeniem faktu, że doświadczenia robione na poszczególnych jednostkach, później oddziałach wojska, wreszcie en masse w kopalniach węgla na górnikach potwierdziły w zupełności powyższe przypuszczenia. Okazało się, że przy zachowaniu pewnych ostrożności można dawką 3-5 gramów natrii biphosphorici pro die wzmódz bez szkody dla organizmu wydajność pracy ludzkiej o znaczny procent. Tak np. produkcya węgla w Niemczech, która w miarę pogarszania się sytuacyi żywnościowej wykazywała rosnący stale spadek, od czasu, kiedy w kilku kopalniach zastosowano podawanie fosforanów, podniosła się w tych kopalniach i przez szereg miesięcy mimo dalszego pogarszania się odżywiania wykazywała nawet tendencyę do wzrostu. Wybuch rewolucyi przeszkodził jednak dalszemu kontynuowaniu eksperymentów, pozwalając równocześnie na ogłoszenie dotychczasowych.

Tak mniej więcej, w grubszych zarysach, przedstawiałaby się historya badań nad rolą kwasu fosforowego w mięśniach. Pomijam na razie bardzo interesujące szczegóły o wpływie fosforanów na układ nerwowy człowieka, na jego psychikę, przypuszczenia co do ich znaczenia leczniczego, rozmaite kautele stosowania itp. Idzie mi tylko o zadośćuczynienie najpoważniejszym, piekącym niemal wymogom chwili.

Żyjemy w obawie przed katastrofą zbliżającej się bezwęglowej zimy, zimy, w ciągu której mogą stanąć koleje, fabryki, gazownie i elektrownie, w ciągu której miliony ludności, pozbawionej opału i ciepłej strawy staną przed pytaniem: »Być albo nie być?« W chwili, kiedy jedynym ratunkiem jest możliwe spotęgowanie pracy, kiedy ta praca jest jedyną wartością realną, warunkującą spokojny rozwój państwa, nie powinno się zaniedbywać niczego, co i pracy samej, jako takiej, i pracownikom wyjść może na korzyść. Jeśli wynik powyższych badań istotnie zgadza się z prawdą, w takim razie mielibyśmy w rękach potężny czynnik, który zapewne nie będzie jakiemś cudownem panaceum na wszystkie braki i dolegliwości — co do tego nie łudzę się wcale — ale może nam, w części przynajmniej, ulżyć w najcięższych chwilach, a na przyszłość stać się może potężnym czynnikiem kultury, pozwalając robotnikowi na wykonanie tej samej pracy w krótszym, niż dotychczas, czasie i obrócenie zaoszczędzonych sił i czasu na dalsze, fachowe czy ogólne wykształcenie.

Możnaby wprawdzie i to nie bez słuszności zarzucić, że na nic zdadzą się wszelkie środki spotęgowania pracy u kogoś, kto wogóle pracować nie chce. Obok bowiem wielu zewnętrznych przyczyn tego katastrofalnego zastoju w produkcyi, jaki

przeżywamy, jedna jest niewątpliwie endogeniczna. Jest nią psychoza ogarniająca dziś świat cały: chęć jaknajwiększego zarobku przy jak najmniejszej pracy.

Ale i to raz skończyć się musi; nie można bowiem konsumować więcej niż się produkuje. Zresztą państwo, jako największy przedsiębiorca może i powinno uciec się do systemu pracy akordowej, który raz na zawsze skręci łeb hydrze nieróbstwa.

Wobec tego proponuję, co następuje:

1. Instytuty fizyologiczne, chemiczne i farmakologiczne w Polsce powinny drogą wspólnego porozumienia i przy podziale pracy, w możliwie krótkim czasie, przynajmniej z grubsza stwierdzić słuszność i prawdziwość eksperymentów frankfurckich zarówno na zwierzętach, jak i na dobrowolnie zgłaszających się ludziach.

2. W razie, jeśliby wynik tych doświadczeń okazał się pomyślny, powinnyby Wydziały lekarskie zwrócić się do Ministerstwa pracy, wojny, ewentualnie i spraw wewnętrznych z propozycyą urządzenia prób masowych (o terminie też możliwie krótkim).

3. Wreszcie, zależnie od wyniku tych prób, zająć się powinien rząd zorganizowaniem propagandy (artykułów, odczytów, wykładów), ułożeniem odpowiedniego planu pracy i wprowadzeniem go w życie.

Wszystko to jednak prowadzone być winno, z myślą o tem że »bis dat, qui cito dat.«

Aleksander Ameisen, absolwent medycyny.

Notatka słownikowa
prof. Browicza.

rozpuszczalnik krwinek, haemolysinum.
trucizna krwi, haemotoxinum.
rozpuszczający krwinki, haemolyticus.
skurcz rozdzielny, hemisystole.
szmery płucne odsercowe, Herzlungengeräusche.
przerwa słuchowa, Hördefekt, Hörscotom.
» » tonowa, Tonlücke, Gehörfelddefekt.
wodotok, hydrorrhoea.
niedożywienie, hypotrophia,
nadmierne napięcie, hypertensio.
niedomoga przytarczyczna, hypoparathyreoidismus.
droga, wrota zakażenia, Infectionsweg.
zakaźność, Infectiosität.
stwardnienie deskowate, infiltration ligneuse.
odjądrowy, karyogen.
zakażenie przez zetknięcie, Kontaktinfection.
oporność przeciwchorobna, Krankheitsfestigkeit.
okres utajenia, Latenzstadium.
niedomoga, niesprawność, niewydatność, Leistungsunfähigkeit.
gorączka wzrostowa, Wachstumsfieber.
tężyczka poprzytarczyczna. tetania parathyreopriva.
wgłobienie, telescopage.
odrętwienie, Taubheitsgefühl.
samokaleczący się, automutilator.
kiłowy, pochodzenia kiłowego, syphilogen.
zakażenie krętkami, Spirillosis.
rozszerzacz macicy, hystereurynter, metreurynter.
nadmiar żółci, hypercholia.

Wiadomości bieżące.

— Otrzymujemy następujące pismo z prośbą o ogłoszenie: Wobec bezustannych zapytań kolegów lekarzy okręgowych o poczynione kroki i zabiegi ze strony Wydziału Związku lek. okręg., podajemy do wiadomości kolegów, że w dniu 17. lipca b. r. Wydział przedłożył Ministerstwu Zdrowia w Warszawie, jako memorandum obraz instytucyi lek. okręg. i przedstawił warunki, wśród których lekarze okręgowi pracują i jakie zmiany w ich wyposażeniu są niezbędne. Minister zdrowia Dr Janiszewski

w Warszawie w dniu 16. października b. r. oświadczył, że instytucyę lekarzy okręgowych popierać będzie i dążyć do zaprowadzenia jej w całej Polsce. Postulaty lekarzy okręgowych pragnie przeprowadzić ustawowo, na to jednak potrzeba czasu i cierpliwości. — Po wstrzymaniu poborów lekarzy okręgowych Wydział wniósł dnia 27. września b. r. podanie do Okręgowego Urzędu zdrowia we Lwowie, na co otrzymał 8. listopada b. r. odpowiedź od dyrektora O. U. Z. Dr Szczepana Mikołajskiego, że już w dniu 30. września b. r. l. 3486 polecono wypłatę tych poborów i że obecnie odpowiednie okólniki przesłano Radom powiatowym i urzędom podatkowym. — Wydział odniósł wrażenie, że tak Ministerstwo zdrowia w Warszawie jak również Okręgowy Urząd zdrowia we Lwowie są dla instytucyi lekarzy okręgowych przychylne. Wydział Związku lek. okręg. czuwa i, o ile może, pilnie strzeże spraw lekarzy okręgowych.

Dr Józef Bednarski, sekr. Dr Wiktor Natter, przewodniczący.

— Dr Teofil Zaleski, docent otologii z tytułem profesora nadzwyczajnego w Uniwersytecie lwowskim został mianowany profesorem nadzwyczajnym.

— Choroby zakaźne w Krakowie od 19. X. do 25. X. 1919: płonica 4 († 1), błonica 1, dur brzuszny 8 (4), czerwonka 38 (8 † 20), dur plamisty 6 (3 † 1).

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr Kazimierz Majewski.**

Prez. 1702 / 16 Sa/19

KONKURS. 256

Przy sądzie powiatowym S. III, we Lwowie jest do obsadzenia posada znawcy-lekarza, począwszy od d. 1. stycznia 1920.

Podanie kompetencyjne należy wnieść do 15. listopada 1919 do Prezydyum sądu okręgowego karnego we Lwowie.

We Lwowie, dnia 13. października 1919.

Prezes Sądu okręgowego karnego.

Uwaga: Mimo upływu terminu konkursu podania można wnosić.

KONKURS. 257

Przy sądzie okręgowym karnym we Lwowie są do obsadzenia dwie posady znawców lekarzy dla czynności sądowo-lekarskich, począwszy od dnia 1. stycznia 1920. Informacye co do wynagrodzenia za te czynności zasięgnąć można w Prezydyum Sądu okręgowego karnego we Lwowie, gdzie nadsyłać należy podanie kompetencyjne do d. 30. października 1919.

Lwów, dnia 25. września 1919.

Prezes Sądu okręgowego karnego.

Uwaga: Mimo upływu terminu konkursu podania można wnosić.

253 L. 34109/3742 III.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego ogłasza niniejszem

KONKURS

na posady: dyrektora, prymaryusza, jednego względnie dwóch ordyna. yuszów i jednego wzgl. dwóch sekundaryuszów Kraj. Zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie.

Do posady **dyrektora** przywiązane są następujące pobory służbowe:
1) płaca roczna 6.400 kor.,
2) prawo do 3 dodatków czteroletnich każdy po 800 kor. rocznie,
3) dodatek funkcyjny 1000 kor. rocznie,
4) mieszkanie w naturze oraz z unormowanym deputatem oświetlenia i opału.

Do posady **prymaryusza** przywiązane są następujące pobory służbowe:
1) płaca roczna 4.000 kor.,
2) prawo do trzech dodatków pięcioletnich każdy po 600 kor. rocznis,
3) oodatek funkcyjny 1000 kor. rocznie,
4) mieszkanie w naturze wraz z unormowanym deputatem oświetlenia i opału.

Do posady **ordynaryusza** przywiązane są następujące pobory służbowe:
1) płaca roczna 2.600 kor.,
2) prawo do trzech dodatków pięcioletnich każdy po 400 kor. rocznie,
3) dodatek funkcyjny 1000 kor. rocznie,
4) mieszkanie w natnrze wraz z unormowanym deputatem oświetlenia i opału.

Do posady **sekundaryusza** przywiązane są następujące pobory służbowe:
1) płaca roczna 1.900 kor.,
2) prawo do trzech dodatków pięcioletnich każdy po 200 kor. rocznie,
3) dodatek funkcyjny 1000 kor. rocznie,
4) mieszkanie w naturze wraz z unormowanym deputatem oświetlenia i opału.

Ponadto pobierają wszyscy lekarze Zakładu przez czas trwania nadzwyczajnych stosunków drożyźnianych, wywołanych wojną, dodatki wojenno-drożyźniane w wysokości unormowanej każdorazowo dla odpowiednich rang urzędników państwowych w Galicyi. Obecna wysokość tego dodatku wynosi zależnie od stanu rodzinnego:
a) dla dyrektora od 10.140 do 17.556 kor. rocznie,
b) dla prymaryusza od 9.216 do 15.396 kor. rocznie,
c) dla ordynaryusza od 6.516 do 12.396 kor. rocznie,
d) dla sekundaryusza od 6.132 do 12.000 kor. rocznie.

Wszystkie powyższe posady zostaną nadane prowizoryczne na rok jeden, poczem w razie zadawalającej służby nastąpi stabilizacya.

Ubiegający się o jedną z powyższych posad powinni wykazać się:
1) nieprzekroczonym 40 rokiem życia,
2) obywatelstwem polskiem,
3) nieposzlakowanem życiem,
4) dyplomem lekarskim ważnym w Państwie Polskiem.

Ponadto winni kandydaci na posadę dyrektora wykazać się znajomością ustroju administracyi tego rodzaju Zakładów leczniczych.

Uwaga: Wyjątkowo posąda może być nadana kandydatowi, który przekroczył 40 lat życia.

Termin konkursu oznacza Ministerstwo na dzień 1. grudnia 1919 r.

Podania należycie udokumentowane wraz z opisem przebiegu życia i ewent. pracami naukowemi należy wnosić o ile chodzi o posadę dyrektora wprost do Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Wydział III (Szpitalnictwa). Podania o inne posady należy wnosić za pośrednictwem Dyrekcyi Zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie.

Warszawa, dnia 7. października 1919 r.

254 L. 34107/3742 III.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego ogłasza niniejszem

KONKURS

na posadę dyrektora krajowego szpitala powszechnego we Lwowie.

Z posadą ta połączone są nastepujące pobory służbowe: 1) płaca roczna 6400 kor., 2) prawo do trzech dodatków czteroletnich każdy po 800 kor. rocznie, 3) mieszkanie w naturze wraz z unormowanym deputatem opału i oświetlenia, w razie zaś niedostarczenia mieszkania w naturze dodatek aktywalny (na czas służby czynnej) 1.840 kor. rocznie, oraz dodatek za opał i światło 606 kor. rocznie.

Przez czas trwania nadzwyczajnych stosunków drożyźnianych, wywołanych wojną pobiera dyrektor szpitala dodatek wojennodrożyźniany w wysokości unormowanej każdorazowo dla państwowych urzędników w Galicyi VI kl. rangi. Obecna wysokość tego dodatku wynosi, zależnie od stanu rodzinnego od 10.140 kor. do 17.556 kor. rocznie.

Posada nadana będzie prowizorycznie na rok jeden, poczem w razie zadawalającej służby nastąpi stabilizacya,

Ubiegający się o powyższą posadę powinni wykazać się:
1) nieprzekroczonym 40 rokiem życia,
2) obywatelstwem polskiem,
3) nieposzlakowancm życiem,
4) stopniem doktora medycyny ważnym w Państwie Polskiem,
5) znajomością ustroju i administracyi zakładów leczniczych.

Uwaga: Wyjątkowo posada może być nadana kandydatowi, który przekroczył 40 lat życia.

Termin konkursu Ministerstwo oznacza na dzień 1 grudnia 1919 r. Podania należycie udokumentowane wraz z opisem przebiegu życia i ew. pracami naukowemi należy wnosić w powyższym terminie do Ministerstwa Zdrowia Publicznego Wydział III (Szpitalnictwa).

Warszawa, dnia 7. października 1919 r.

252 L. 34108/3750 III

Ministerstwo Zdrowia Publicznego ogłasza niniejszem

KONKURS

na posadę dyrektora krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Do posady tej przywiązane są następujące pobory służbowe: 1) płaca roczna 6.400 kor., 2) prawo do trzech dodatków czteroletnich każdy po 800 kor. rocznie, 3) dodatek aktywalny (na czas służby czynnej) 1.840 kor. rocznie, 4) dodatek na opał i światło 606 kor. rocznie.

Przez czas trwania nadzwyczajnych stosunków drożyźnianych, wywołanych wojną pobiera dyrektor szpitala dodatek wojenno-drożyźniany w wysokości unormowanej każdorazowo dla państwowych urzędników Galicyi VI klasy rangi. Obecna wysokość tego dodatku wynosi zależnie od stanu rodzinnego od 10.140 kor. do 17.556 kor. rocznie.

Posada będzie nadana prowizorycznie na rok jeden, poczem w razie zadawalającej służby nastąpi stabilizacya.

Ubiegający się o powyższą posadę powinni wykazać się: 1) nieprzekroczonym 40 rokiem życia, 2) obywatelstwem polskiem, 3) nieposzlakowanem życiem, 4) stopniem doktora medycyny ważnym w Państwie Polskiem, 5) znajomością ustroju i administracyi zakładów leczniczych.

Uwaga: Wyjątkowo posada może być nadana kandydatowi, który przekroczył 40 lat życia.

Termin konkursu oznacza Ministerstwo na dzień 1 grudnia 1919 r. Podania należycie udokumentowane wraz z opisem przebiegu życia i ewent. pracami naukowemi należy wnosić w powyższym terminie do Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Wydział III (Szpitalnictwa).

Warszawa, dnia 7. października 1919 r.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 47. Kraków, 22. listopada 1919. Rok LVIII.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·—, półrocznie 30·—, kwartalnie K 15·—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K.

Rok LVIII. Kraków, 22 listopada 1919 Nr. 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z II. oddziału wewnętrznego Szpitala powszech. we Lwowie. (Kierownik prof. R. Rencki).

Rozpoznawcze znaczenie próby wodnej w chorobach nerkowych

podał

Doc. Dr W. Moraczewski.

Próba wodna, polecana przez Volharda, należy do najprostszych, jakie w chorobie nerek bywają wykonywane. Wprawdzie nie daje ona zawsze pojęcia o rodzaju i ciężkości choroby, ale, jak wiemy, także i inne próby, choć czasem zawiłe, należytego i pewnego obrazu stanu nerek wykazać nie mogą, ma więc próba wodna to za sobą, że się w każdych prawie warunkach da wykonywać. Wobec tego usiłowaćby należało przez pewne odmiany rozszerzyć jej doniosłość, nadać jej więcej znaczenia, aby uczynić z niej bardziej subtelną miarę sprawności nerek.

Dotychczas polegała próba wodna na tem, że choremu dawano wypić 1500 gr. herbaty, że potem mierzono ilość moczu co $^1/_2$ godziny lub co godzinę, zapisywano ciężar właściwy i obliczano wydzielanie na minutę i że usiłowano kombinować ilość wydzielonego moczu z ciężarem właściwym (Er. Becker 1918).

Wszystkie te modyfikacye mało wyświetliły sprawę schorzenia; godziło się zatem próbować, czy przez powtarzanie próby wodnej z dodaniem środków moczopędnych nie uda się owej metody wodnej przekształcić na środek, pozwalający bodaj o rokowaniu wnioskować. Poza tem próba wodna, z jej minutowem wydzielaniem mogłaby się stać jednocześnie **probierzem środków moczopędnych**. Możnaby się kusić o znalezienie typu wydzielania niektórych chorób nerkowych i typu działania niektórych środków.

Zadanie to usiłowaliśmy rozwiązać przez powtarzanie w pewnych odstępach czasu próby wodnej, kombinując owe 1000 czy 1500 gr. płynu z kofeiną, chlorkiem wapna, mocznikiem, octanem potasowym i t. p. Volhard mówi wprawdzie (na niemieckim Zjeździe w Warszawie 1916), że czasami powtarza próbę wodną z dodatkiem teofiliny, ale nie wspomina nic o tem, że takie powtarzanie miałoby jakieś znaczenie rozpoznawcze.

Otóż tych kilka zagadnień próbowaliśmy rozwiązać w następujący sposób:

Chorym podawaliśmy 1000 gr. herbaty (bo nawet 1000 gr. jest dużo, a 1500 gramów trudno jest wypić), a po dwu dniach powtarzaliśmy tosamo, podając jednocześnie jeden ze środków moczopędnych. Poza tem obserwowaliśmy wydzielanie półgodzinne moczu **bez podawania wody** i szukaliśmy w tych badaniach pewnego typu wydzielenia.

Doświadczenia nasze rozciągały się na bardzo rozmaite przypadki, spostrzegane bądź w szpitalu powszechnym, bądź w szpitalu załogi.

Wnioski z naszych doświadczeń dadzą się ująć w następujących słowach:

I. Co do typu wydzielania w rozmaitych chorobach nerek:

1) Istnieje pewien typ wydzielania u chorych nerkowych, który polega na tem, że nerka chora przez **pierwsze pół godziny wydziela najwięcej**. Ten sam typ wydzielenia spotykamy u ludzi zdrowych, jeżeli całkiem wody nie pijają. Jeżeli w przypadku zwyrodnienia nerek podamy z wodą lub bez wody środki moczopędne, to działanie ich wyraża się zazwyczaj tylko w powiększeniu ilości moczu wydzielonego przez **pierwsze pół godziny***). Taki typ wydzielania, stwierdzony wielokrotnie i odpowiadający wydzielaniu zdrowej nerki przy suchej dyecie, uważamy za dowód albo przynajmniej wskazówkę ciężkiego schorzenia nerek. Jeżeli przy powtarzaniu prób wodnych z dodatkiem środków moczopędnych typ taki wydzielenia się nie zmienia, to można z niejaką pewnością mówić o zwyrodnieniu nerek i nie można wiele się spodziewać poprawy i wyzdrowienia.

Takie wydzielenie wydaje się naturalnem przy braku wody, ponieważ zapas wilgoci niejako się wyczerpuje; zatem wzniesienie krzywej wydzielania na początku jest duże, a potem maleje. »Naturalność« ta przestaje być zrozumiała, jeżeli się porówna z tem wydzielanie nerek przy podaniu wody. Tam krzywa wygląda inaczej, tam nie w pierwsze półgodziny, ale raczej w drugie lub nawet w trzecie dosięga ilość moczu szczytu. To samo spostrzegamy po środkach moczopędnych, że nie pierwsze pół godziny, ale trzecie lub czwarte dopiero oznacza szczyt wydzielenia. (Wyjątek z tej zasady stanowi mocznik i urotropina, o czem zaraz mówić będziemy).

Jeżeli zatem nerka chora pomimo wielkiej ilości wody i pomimo środków moczopędnych w pierwsze pół godziny wydziela najwyżej 50 do 100 cm sz., a potem coraz mniej 20—5 cm sz., to możemy sobie wyobrazić, że taka chora nerka znajduje się w położeniu nerki zdrowej bez wody. Czy ten brak wody polega na tem, że obrzęki wodę zatrzymują? Odpowiedzieć możemy, że nie, bo próby wykonywane były na chorych, którzy raczej tracili obrzęki, w każdym razie na takich, u których obrzęki się nie zwiększały. Albo wcale ich nie było, albo były w okresie zmniejszania się; wybieraliśmy oczywiście okresy bez obrzęków, żeby wykluczyć wpływ wody zatrzymanej w ustroju.

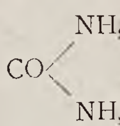
Wydzielanie w pierwszej półgodzinie nie oznacza zatem zatrzymania wody i niejako »pragnienia« nerki czy suchości nerki, tylko zdaje się świadczyć o tem, że woda lub środki moczopędne doprowadzają nerkę po **pierwszym** wysiłku pewnego rodzaju bezmoczu do jakiegoś bezwładu wydzielania, albo, że ciężkie schorzenie nerek jest jednocześnie schorzeniem całego układu krążenia i w tem ogólnem schorzeniu szukać należy przyczyn, dla których nerka zwyrodniała zachowuje się jak nerka przy dyecie suchej. Bądź cobądź fakt ten chcemy wyraźnie zaznaczyć. Spostrzegaliśmy to w **dziewięciu przypadkach** zwyrodnienia nerek, z których **dwie** oglądaliśmy po zejściu (zwyrodnienie skrobiowate i ogólne zwyrodnienie, dawniej t. zw. miąższowe zapalenie), z których żaden przypadek dobrego rokowania nie dawał, na żadne moczopędne środki nie oddziaływał i poprawy żadnej nie okazywał.

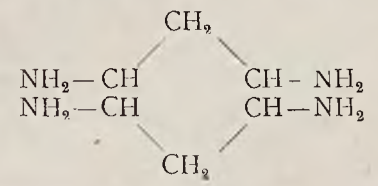
Typ więc maksymalnego wydzielania w pierwsze pół godziny i braku oddziaływania na środki moczopędne uważać możemy za oznakę zwyrodnienia nerek ze złem rokowaniem. Zwyrodnienie takie nastąpić może zarówno przy tak zwanem zapaleniu kłębkowem (glomerulo nephritis, w osadzie przeważnie ciałka czerwone), jak i przy tak zwanem zapaleniu miąższowem (nephritis parenchymatosa, w osadzie przeważnie wałeczki i nabłonki). Oczywiście typ jeden może powoli doprowadzić do za-

*) Moczopędne środki wogóle na ilość moczu w bardzo ciężkich przypadkach nie wpływają.

jęcia całej nerki i stać się typem mieszanym, albo być odrazu mieszanym.

Wspominaliśmy wyżej, że nawet u zdrowych mocznik i urotropina wywołuje maksymalne wydzielenie w pierwszej pół godzinie. Urotropina jest związkiem sześciometylenowym, w którym cztery wodory zastąpione są przez grupę (NH_2) aminową — w moczniku dwa wodory kwasu węglowego zastąpione są przez dwie grupy aminowe. Bardzo być może, że takie ugrupowanie chemiczne działa na nerki jednako.


mocznik


urotropina

Bardzo być może, że właśnie okoliczność, że grupa taka, jak mocznik należy do stałych składników moczu, jak woda lub sól kuchenna, że to właśnie przyczynia się do najobfitszego wydzielania zaraz w pierwszej półgodzinie zarówno z wodą, jak bez wody, zarówno u chorych, jak u zdrowych. Inne środki moczopędne mają inne typy wydzielania.

2. Zupełnie inaczej, niż w nerkach zwyrodniałych odbywa się wydzielanie w nerkach »zwapniałych«, w tych tak zwanych międzymiąższowych zapaleniach przewlekłych (nephritis interstitialis, lub w miażdżycy nerek sclerosis). Zbadaliśmy takich przypadków trzy i wszystkie trzy zgodnie wykazały brak wydzielania w pierwszej półgodzinie, a szczyt w trzeciej i czwartej półgodzinie zarówno dla wody, jak i dla mocznika.

3. Wydzielanie u chorych, u których widoki wyleczenia są lepsze, różni się tem przedewszystkiem, że zarówno na wodę, jak szczególniej na środki moczopędne odpowiadają zwiększoną ilością moczu. Samo wydzielanie nosi cechy spotykane u zdrowych lub uzdrowieńców. Szczyt wydzielania leży w trzeciej półgodzinie, oddala się niejako w miarę polepszenia od pierwszej półgodziny. Nieraz zauważaliśmy, że w początkach choroby wydzielanie nosiło charakter, spostrzegany przy zwyrodnieniu nerki, przy końcu przybrało charakter prawidłowy. Takie badanie zatem, powtarzane co dni kilka u tego samego chorego, pozwala nietylko czynić wnioski o rokowaniu, ale jednocześnie wskazuje, który ze środków moczopędnych działa w danym przypadku najlepiej. (Na niektóre nerki bowiem działa chlorek wapna mocniej, niż kofeina albo mocznik). Oczywiście, w miarę poprawy stanu zdrowia nerka lepiej odpowiadać będzie na wszelkie środki moczopędne, z tem liczyliśmy się zawsze i to co mówimy dotyczy wielokrotnie powtarzanych prób wykluczających tę pomyłkę.

4. Jak wspominaliśmy wyżej, pozwala próba wodna ustalić pewne typy wydzielania moczu po rozmaitych środkach. Na mocy naszych doświadczeń (30 przypadków i 150 obserwacyi) odróżniamy następujące typy wydzielania:

a) Po moczniku (5 gr.) nerka daje najwięcej moczu w ciągu pierwszej półgodziny, poczem wydzielanie zmniejsza się ustawicznie. Czasami szczyt przypada na dalsze półgodziny, ale należy to do rzadkości. Przytem zauważyliśmy, że mocznik działa częściej na nerki zwyrodniałe, niż na zdrowe lub zdolne do wyzdrowienia. Zdrową nerkę raczej »obciąża« mocznik i zmniejsza wydzielanie moczu, szczególniej przy dyecie suchej.

b) Wydzielanie po kofeinie, teobrominie, teofilinie, wogóle po grupie purynowej posiada inny charakter. Przedewszystkiem ciała te działają szczególnie energicznie na nerki zdrowe lub do wyzdrowienia skłonne, natomiast nie działają lub działają słabiej niż mocznik na nerki zwyrodniałe; powtóre wydzielenie najobfitsze przypada nie na pierwsze pół godziny, jak po moczniku, ale na drugie, trzecie, nawet czwarte i piąte. Tylko na zwyrodniałe nerki działa grupa purynowa, jak mocznik, powiększając czasami ilość moczu w pierwszej półgodzinie. Kofeina, teobromina i reszta ciał grupy purynowej działa czasami energiczniej, jeżeli jednocześnie powiększamy ilość wody. N. p. zauważyliśmy, że kofeina z 500 gr. wody wywołała 650 moczu, ta sama zaś ilość z 1000 gr. wody dała 1350 moczu. Teobromina z 1000 wody dała 1019 moczu, a z 1500 — dała 1970. Uogól-

niać tego nie można, bowiem często zbytnia ilość wypitej wody raczej obniża wydzielanie, n. p. kofeina z 1000 dała 1300 moczu, z 1500 wody tylko 1600 zatem stosunkowo mniej. Na zwyrodniałe nerki ilość wody wpływu niema i raczej obciąża nerki t. j. zmniejsza wydzielanie.

Podobnie jak grupa purynowa działa naparstnica; wywołuje szczyt wydzielania prawie bez wyjątku w trzeciej półgodzinie i wymaga swą działalność przy większej ilości wody.

c) Środki mineralne, octan potasowy i chlorek wapna wywołują szczyt wydzielania później i działają wogóle słabiej, niż grupa purynowa lub naparstnica. Octan potasowy działa jakoby szybciej i daje najwyższą ilość moczu wcześniej.

d) Woda sama jest dla wielu nerek środkiem moczopędnym, w zwyrodnieniu nerek raczej obciążeniem.

Widywaliśmy przy zwyrodnieniu nerek, że chory po wypiciu 1000 gr. wody wydał tylko 162 cm sz. moczu; w tych samych warunkach bez wody wydzielał 280 gr. w ciągu tego samego czasu. Innym razem po kofeinie 0·2 i litrze wody było moczu 175 gr., a bez wody i bez kofeiny 195.

Inaczej rzecz się przedstawia u zdrowego. Po 500 gr. wydziela zdrowa nerka czasami 600, czasami aż 900 moczu, po 1000 gr. od 1200—1300 moczu, po 1500 spotykaliśmy 1950 itp.

Oczywiście niepodobna tu oczekiwać jakichś praw niezmiennych. Nie zapominajmy, że przy suchej dyecie naczczo ten sam człowiek oddaje czasami 240 moczu w ciągu czterech godzin, co odpowiada 1 cm sz. na minutę, a czasami 400 lub nawet więcej.

Zazwyczaj na ilość moczu nie wpływają środki moczopędne przy suchej dyecie. N. p. naparstnica bez wody dała 313 i 330 gr. moczu, kofeina raz 240, drugi raz 440 gr., chlorek wapna 350, mocznik 202. Wydaje nam się, że mocznik i sole mineralne raczej obniżają ilość moczu bez picia wody, przyczem, jak już wspomniano, najwyższe wydzielenie bez picia wody przypada **bez wyjątku** na pierwsze pół godziny.

Zauważyliśmy, że nawet po wypiciu 500 gr. miewa chory wydzielanie moczu o typie zbliżonym do typu dyety suchej, to jest, że najwyższa ilość moczu oddawana bywa przez pierwsze pół godziny, natomiast w miarę wzrastania ilości wypitej wody oddala się szczyt wydzielania, przypadając na trzecie lub nawet czwarte pół godziny.

Zebrane tu spostrzeżenia mają być dowodem, że próba wodna, która, jak mówiliśmy, w każdych warunkach wykonać się daje, pozwala robić liczne i bardzo zajmujące doświadczenia, że zdolna jest wyświetlić niektóre zagadnienia, które szczególnie choroby nerek tak obficie nasuwają.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr R. Węgłowski: **Chirurgia operacyjna.** Podręcznik dla lekarzy i studentów z 610 rysunkami. Str. 662. Warszawa. M. Arct. 1919.

Radość i zaciekawienie ogarnąć musiały rozległe koła lekarzy i słuchaczy medycyny po pojawieniu się tego podręcznika. Ogólnie odczuwany brak podręczników polskich, ogólnie znane trudności wydawnicze czasu obecnego, które kazały przewidywać, że brakowi temu nie prędko da się zaradzić — uzasadniają te uczucia. Zwłaszcza, że jak z tytułu wnosić można, chodzi o podręcznik oryginalny polski.

Tymczasem czytelnika spotyka zawód. Podręcznik ten, to nieudolne tłomaczenie rosyjskiego podręcznika tegoż autora, nieudolne miejscami aż do śmieszności (»wprowadza się trąbkę gumową do odbytnicy«). Książkę czyta się tak, jakby była pisana w obcym, a niezbyt miłym języku polskiemi słowami. Terminologia, stosowana zresztą nierównomiernie, niejednakowo, jest na każdym niemal kroku błędna i należałoby życzyć, aby młodzież uniwersytecka jej nie zapamiętała, gdyż na długie lata zakorzeniłyby się błędy. Planowi i układowi podręcznika niema nic do zarzucenia. Nie różni się on zasadniczo od typów ogólnie przyjętych. Opisy są w wielu miejscach niejasne — n. p. nie wyobrażam sobie kogoś, co mógłby zrozumieć z tego podręcznika opis operacyi tak przecie prostej, jak operacya przepukliny pachwinowej sposobem Kochera.

Poza tem są niedopatrzenia, które mają cechy wprost błędów. N. p. jak można po założeniu opaski gumowej Mamburga, a więc poprzez tułów między żebrami a miednicą, prowadzić cięcie od 12 żebra w dół w celu wyłuszczenia połowy miednicy? Chyba poprzez opaskę gumową!

Dość częste jest odchylanie się od poglądów i utartych już niemal na zachodzie, a my tu przecież należymy. N. p. za klasyczny szew jelitowy podaje się i opisuje szew **trzypiętrowy**; za **najczęściej** stosowane zespolenie żołądka z jelitem: zespolenie tylko zaokrężnicowe z **długą pętlą i z anastomozą Brauna!**

Że piśmiennictwo jest mało uwzględnione i nawet klasyczne nazwiska są często pomijane przy opisie sposobów operacyjnych — to byłoby dozwolone, gdyby nie jednoczesne wspominanie mało znanych nazwisk rosyjskich. Obowiązuje tu conajmniej równomierność. Piśmiennictwo polskie, pomimo zapowiedzi w przedmowie, uwzględnione zbyt słabo.

Strona zewnętrzna książki i papier, druk, jakość ilustracyj — pozostawia wiele do życzenia, ale to są braki, z którymi obecnie walczyć niepodobna. Wyłania się tu jednak pytanie, czy nie byłoby lepiej zaczekać na poprawę stosunków techni-

cznych, a zarazem zyskać czas na staranniejsze przygotowanie do druku podręcznika.

Obecnie sprawa stoi tak, że zamiast witać gorącem sercem z utęsknieniem oczekiwanego gościa, stajemy wobec napół obcego, źle ogarniętego intruza, którego pojawienie się w dodatku niewątpliwie opóźni ukazanie się prac prawdziwie swojskich. Radliński.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne d. 12 marca 1919 r.

Przewodniczący kolega prezes Damski. Obecnych 56 członków.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Kol. prof. Ciechanowski zawiadamia, iż komisya wybrana na poprzedniem posiedzeniu, opracowała i wysłała rezolucyę w sprawie wychowania fizycznego do Ministerstwa zdrowia publicznego i Ministerstwa oświaty.

III. Kol. Karwowski wygłosił odczyt: **Zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym przy durze osutkowym.** (Będzie ogłoszony drukiem).

Dyskusya: 1) Prof. Lewkowicz podnosi, że zmiany stwierdzane przy durze osutkowym w płynie mózgowo—rdzeniowym nie mogą być uważane za zmiany swoiste, podobne bowiem zmiany można napotkać także przy innych chorobach zakaźnych ostrych gorączkowych, zwłaszcza gdy towarzyszą im kliniczne objawy mózgowo — oponowe: i tak przy durze brzusznym, zapaleniu płuc włóknikowem i t. p. To jednak nie przemawiałoby przeciw znaczeniu omawianych zmian jako środka rozpoznawczego, o ileby tu istniały wyraźne różnice ilościowe w tym kierunku, że zmiany te przy durze osutkowym występują bardzo wcześnie i są bardzo wybitne. Pod tym względem potrzebne byłyby jednak jeszcze ściślejsze i liczniejsze badania płynu mózgowo-rdzeniowego w tych chorobach, które mogą wchodzić w rachubę przy rozpoznawaniu różniczkowem duru osutkowego.

2) Prof. Ciechanowski wskazuje na potrzebę badań anatomicznych opon.

3) Prof. Lewkowicz nie sądzi, żeby zmiany anatomiczne, któreby ewentualnie w przyszłości można było stwierdzić w oponach, mogły posłużyć do wytłomaczenia ciężkich klinicznych objawów w durze osutkowym. Bez względu na to, czy będą rozsiane zmiany zapalne, czy zmiany polegające na zadziałaniu toksyn, zmiany te, jak mowca wnosi z badań płynu mózgowo—rdzeniowego, muszą być stosunkowo drobne. Ciężkie objawy mózgowo-oponowe musi się zatem odnosić do zmian w tkance mózgowej zapalnych lub degeneracyjnych, powstałych pod wpływem toksyn (streszczenie własne).

4) Kol. Kostrzewski przeprowadził badania płynu mózgowo—rdzeniowego w 30 ciężkich przypadkach duru osutkowego. Zmiany były wyraźne: ilość ciałek białych dochodziła nieraz do 100. Odczyn Nonne—Apelta był stale słabo dodatni. Białko było w niewielkich ilościach. Ciśnienie nie ulegało większym wahaniom. W kilku przypadkach, gdzie białko było w większej ilości, odczyn Weil—Felixa wypadł dodatnio w rozcieńczeniu $^1/_{16}$. W odpowiedzi prof. Lewkowiczowi zaznacza, iż przeprowadził badania płynu mózgowo—rdzeniowego w 2 ciężkich przypadkach duru brzusznego; zmian w płynie mózgowo—rdzeniowym nie było.

5) Kol. prof. Wachholz sądzi, iż badanie płynu mózgowo rdzeniowego przy durze osutkowym nie da wskazówek rozpoznawczych, gdyż zmiany w płynie mózgowo—rdzeniowym spotykamy i przy innych schorzeniach, naprzykład w porażeniu postępującem i kile mózgu. Odczyn zaś Nonne Apelta jest wogóle bez większego znaczenia.

6) Kol. prof. Latkowski podnosi, iż co do wyników badania płynu mózgowo—rdzeniowego zdania autorów są podzielone, wobec tego nie można wyciągać daleko idących wniosków rozpoznawczych, zresztą odczyn Weil-Felixa jest pewniejszy.

IV. Doc. dr. Weigl wygłosił odczyt: **Ricketsia Prowazeki zarazkiem duru osutkowego** (będzie ogłoszony drukiem).

Dyskusya 1) Kol. Blassberg wspomina, że Toepper na zjeździe internistów niemieckich w r. 1916 zaprzeczał swoistości tworów opisywanych przez Prowazeka, przypuszczając, że są to albo zmiany wywołane przez zakażenie albo produkty trawienne swoistych pasorzytów lub zniszczonych komórek.

2) Kol. Eisenberg podnosi wielkie znaczenie nowych metod, wynalezionych przez prelegenta, zwłaszcza metod hodowli pasorzyta we wszy, niezależnie od ustroju chorego. Co do roli przyczynowej Ricketsii, to jakkolwiek nie spełnia ona wszystkich wymogów postawionych kiedyś przez Kocha w klasycznej pracy nad wąglikiem, mimoto różne względy przemawiają za nią z wielkiem prawdopodobieństwem. Przypuszczenie, że zakażenie wszy i świnek morskich wywołuje zarazek niewidzialny, stale towarzyszący Ricketsii i od niej nieodłączny byłoby bardzo sztucznem i mało prawdopodobnem. Ważne byłoby ścisłe rozpoznanie różniczkowe od Ricketsia pediculi i stwierdzenie morfologii zarazka w zakażonym człowieku (streszczenie własne).

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Z Towarzystwa lekarskiego. We środę, 19. b. m. odbyło się Walne Zgromadzenie członków krak. Towarzystwa lekarskiego, na którem po dłuższej dyskusyi uchwalono utrzymać Przegląd lekarski, a dla pokrycia rzeczywistych kosztów wydawnictwa w roku 1920, podnieść wkładkę roczną do Towarzystwa na 180 koron. Przegląd lekarski będzie wychodził naprzemian z Tygodnikiem lekarskim lwowskim, raz na miesiąc lub też, zależnie od uznania komisyi redakcyjnej, w terminach rzadszych, w każdym razie jednak w minimalnej objętości rocznej 12 arkuszy druku.

Choroby zakaźne w Łodzi od 9. XI. do 15. XI. 1919: dur plamisty 9, dur brzuszny 27 († 3), czerwonka (3 † 2). płonica 21 († 1), błonica 3 († 3), róża 2 († 1). Odkażono mieszkań 899, — odwszono osób 2966.

Redakcya otrzymała: Dr Wacław Rychliński: »Ciąża zewnątrzmaciczna«. Kraków 1919. — Drukowany Protokół Zjazdu lekarzy szpitali powszechnych w Małopolsce (odbytego d. 28. września 1919 we Lwowie).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 26. listopada 1919 o godzinie 6 wieczorem w Domu Towarzystwa lekarskiego** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym odczyt Dr L. Biera p. t.: Nadzór nad żywnością w Polsce i jego postulaty.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K 15·—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K.

Rok LVIII. Kraków, 29. listopada 1919. Nr. 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Szpital epidemiczny w Krakowie.

Onychodystrofia przy durze osutkowym

podał

Dr. Henryk Grossfeld.

U wszystkich ozdrowieńców po durze osutkowym, spostrzeganych przez dłuższy czas zauważyłem, zmiany na paznokciach rąk i nóg, pozwalające po kilku nawet miesiącach orzec, że badany osobnik przechodził dur osutkowy.

Mianowicie w połowie drugiego miesiąca okresu zdrowienia zauważyć można w okolicy nasady paznokcia prążek poprzeczny, biało zabarwiony a zatem w porównaniu do reszty paznokcia mniej przezroczysty, którego brzeg dośrodkowy naprzód jeszcze przez wał paznokciowy (vallum unguis) bywa pokryty. Szerokość tego prążka (około 2—3 mm) odpowiada tej części paznokcia, która wyrosła, w przeciągu 14-dniowego trwania choroby, z macierzy paznokcia (matrix unguis). Stopień przeźroczystości tego pasemka jest jednakże różny na różnych palcach i u rozmaitych chorych. Półksiężycowaty kształt łękotki paznokcia (lunula) ginie. Sam prążek nie leży w powierzchni reszty paznokcia: przy przesuwaniu palcem po takim paznokciu wyczuwa się zagłębienie na przestrzeni owego prążka, a zarazem także liczne promieniste wyniosłości, które okiem zobaczyć można. Ze wzrostem paznokcia posuwa się także i ten prążek, ukazując się w całości, a w 6 miesiącu występuje już na wolnym brzegu paznokcia. A właśnie tak długo trwa wzrost części paznokcia od nasady do wolnego brzegu.

W międzyczasie ginie białe zabarwienie, wywołujące dotychczasową nieprzeźroczystość prążka, pozostaje tylko wgłębienie i podłużne żeberkowanie. Czas ukazania się owego pasemka na wolnym brzegu paznokcia waha się w granicach kilku tygodni na różnych palcach, gdyż szybkość wzrostu paznokcia stoi w prostym stosunku do czynności samychże palców, czyli n. p. paznokcie na kciuku i na palcu wskazującym prawej ręki róść będą szybciej, aniżeli paznokcie wszystkich innych palców.

Widzimy przeto zaburzenie wzrostu paznokcia, przypadające na okres trwania duru osutkowego, a zatem na czas, kiedy zaopatrzenie w krew macierzy paznokcia z powodu zapalenia najdrobniejszych tętniczek (praecapillares) w znacznym stopniu jest utrudnione. A konieczność tych zmian zrozumiałą się staje szczególnie, gdy się zważy, że końce palców zaopatrzone są w większą ilość doprowadzających naczyń i o większym przekroju, aniżeli reszta skóry — właśnie w celu wytworzenia paznokcia.

Powstanie i forma owej dystrofii wynika bezpośrednio ze sposobu tworzenia się paznokcia, o ile on nam z badań Unny jest znany. Paznokcie są zmodyfikowaną warstwą jasną (stratum lucidum), wychodzącą z warstwy ziarnistej (stratum granulosum) zawierającej ziarna keratohyaliny. Keratohyalina występuje wyłącznie w nasadzie paznokcia i w łękotce paznokcia. Stąd też w okresie pozapłodowym bierze swój początek wzrost paznokcia w ten sposób, że warstwa ziarnista zamienia się na warstwę jasną przyczem komórki nadzwyczaj ściśle się układają, a keratohyalina zamienia się w eleidynę. Nasada paznokcia i łękotka zawdzięczają swoje białe zabarwienie keratohyalinie (Unna), podczas gdy eleidyna jest przeźroczystą (bezbarwną) skutkiem czego naczynia skóry (corium) mogą przez płytkę paznokciową przeświecać. Dla tej przemiany jest konieczny normalny obieg krwi. W okresie trwania zapalenia naczyń podczas duru osutkowego powyższa przemiana (białej) ziarnistej keratohyaliny na przeźroczystą eleidynę następuje bardzo wolno, skutkiem czego podczas wzrostu paznokcia wchodzą komórki zawierające keratohyalinę w płytkę paznokcia, granica łękotki zaciera się i powstaje nieprzeźroczysty prążek. Oprócz tej zwolnionej przemiany ziarenek keratohyaliny na eleidynę mamy jeszcze do czynienia z zaburzeniem w ukształtowaniu paznokcia w tem znaczeniu, że komórki wychodzące z warstwy ziarnistej nie kształtują paznokcia w sposób prawidłowy przez owo nadzwyczaj ścisłe dachówkowate układanie się komórek zrogowaciałych, zostawiając opisane zagłębienie i żeberkowanie.

Mieliśmy już sposobność w wielu przypadkach u nowo przybyłych ozdrowieńców bez historyi choroby dur osutkowy retrospektywnie rozpoznać, jak też naodwrót u osoby, która podawała, że przeszła dur osutkowy przed 3 miesiącami, podać w wątpliwość przebycie tej choroby na podstawie badań paznokci.

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

węzeł limfatyczny, glandula lymphatica, Lymphdrüse.
(Nazwa »gruczoł limfatyczny« niesłuszna. Jestto tkanka limfatyczna w przebiegu naczyń limfatycznych w postaci niejako węzłów, nodi, a nie gruczoł. Glandulae solitariae czy conglomeratae należy nazywać: »grudki, noduli«. Szpik kostny nie nosi przecież nazwy gruczołu).
zwilżność, Benetzungsvermögen.
zapłodny, befruchtbar.
zapłodność, Befruchtbarkeit.
umysłowo mało rozwinięty, geistig minderwertig.
(nie niedorozwinięty).
poronność, Abortivität, Missgeburtsanlage.
przedziedziczenie, Vererbung.
poszukiwanie n. p. białka, przedsiębranie, wykonywanie próby białkowej (nie: badanie na białko), Untersuchung auf Eiweiss.
ściągliwość, Zusammenziehbarkeit.
zadraźnienie opon, meningismus, pseudomeningitis.
odma podopłucna, pneumatosis subpleuralis.
odma brzuszna, pneumatosis.
guz plazmatycznokomórkowy, plasmoma.
wyciąg mikrobowy, autolysat.
uchyłek pęcherza, Blasentasche.
czerniaczka skóry, melanodermia.
usunąć gorączkę, entfiebern.
pełnowartościowy, vollwertig.
wziernikowanie esicy, romanoscopia.
dostosowność, Accomodationsfähigkeit.
mózg o dużych zakrętach, macrogyria.
ustalacz nóg, Beinhalter.
zapalenie torebki nerki, perinephritis.
zapalenie przynercza, epinephritis, paranephritis.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne d. 12 marca 1919 r.

(Dokończenie).

3) Prof. Wachholz podnosi, iż kał wszy jest zakażony i może dostać się do przewodu oddechowego człowieka i tą drogą może nastąpić zakażenie, na co wskazywali już starzy lekarze. Zapytuje prelegenta, jakim sposobem można wykonać nastrzykiwanie przewodu pokarmowego wszy.

4) Kol. Glassner zapytuje, czy mocz chorych na dur osutkowy jest zaraźliwym.

5) W dyskusyi zabierają jeszcze głos kol. Seńkowski, Frydman i prelegent, który uważa, że najlepszym dowodem istnienia Ricketsia Prowazekii są preparaty przedstawione, możność przenoszenia zarazka na inne wszy i cykl rozwojowy pasorzyta. Kał wszy wyschnięty po dwóch dniach jest zakaźny, dalszych prób nie było. Z moczu można było regularnie zakazić wesz.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 26 marca 1919 r.

Przewodniczący kol. prezes Damski. Obecnych 30 członków,

I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Prezes Dr. Damski zawiadamia o konferencji w Warszawie w celu zjednoczenia lekarzy polskich, oraz o obradach stowarzyszeń galicyjskich w tej sprawie.

III. Prezes izby lekarskiej kol. dr. Schoengut wygłosił referat **o izbach lekarskich w państwie polskiem.** Prelegent omawia nadesłany przez Ministerstwo Zdrowia publicznego projekt ustawy o zaprowadzeniu izb lekarskich w Polsce. Sprawa ta w obec dekretu rządowego, rozszerzającego obowiązkowe ubezpieczenie na wypadek choroby na najszersze warstwy społeczeństwa, jest dla stanu lekarskiego nader ważna i pilna, wprowadzenie bowiem w życie dekretu o kasach chorych stworzy taką sytuacyę, że od zupełnego upaństwowienia pomocy lekarskiej dzielić nas będzie tylko jeden krok. Oznaczałoby to przewrót nie tylko w materyalnych, ale i w etycznych stosunkach lekarskich. Jedynie silna i zwarta organizacya lekarzy może uchylić lub złagodzić ujemne skutki nowej ustawy na zawodowe stosunki lekarskie. Taka organizacya musi odpowiadać trzem zasadniczym warunkom: 1) musi posiadać charakter nie tylko reprezentacyi, ale także i władzy na wewnątrz i na zewnątrz: 2) musi być wyposażona w odpowiednią egzekutywę: 3) musi obejmować wszystkich bez wyjątku lekarzy. Tych trzech warunków nie potrafi wypełnić żadna dobrowolna organizacya. Spełnione one być mogą jedynie przez izby lekarskie. Jeżeli dotychczasowe izby lekarskie według ustawy austryackiej nie odpowiadały w zupełności tym postulatom, to należy stwierdzić, że projekt Ministerstwa zdrowia uwzględnia wszystkie życzenia lekarzy. W projekcie Ministerstwa zdrowia wyraźnie zaznaczony jest charakter władzy, przysługujący izbom lekarskim. Egzekutywa zapewniona jest postanowieniami o Radzie honorowej, która może odebrać lekarzowi czasowo lub na stałe prawo wykonywania praktyki lekarskiej. Prócz tego zawiera projekt postanowienia, że wszelkie posady w instytucyach i kasach chorych wolno lekarzowi przyjmować jedynie na mocy umowy, która zatwierdzona być musi przez Izbę lekarską. Izby lekarskie obejmować mają według projektu ustawy wszystkich bez wyjątku lekarzy, a więc także lekarzy rządowych i wojskowych, o ile wykonują oni praktykę prywatną. Na wniosek Dra Stahra uchwalono jednogłośnie domagać się zaprowadzenia izb lekarskich w Polsce i uznano, że przedstawiony przez prezydenta izby lekarskiej projekt ministeryalny odpowiada potrzebom stanu lekarskiego.

IV. Kolega Dr. Blassberg wygłosił wykład **o szczepieniach ochronnych przy durze osutkowym.**

(Wykład ten ma być ogłoszony drukiem).

Posiedzenie zwyczajne dnia 9 kwietnia 1919 r.

Przewodniczący wiceprezes kol. Dr. Witaliński. Obecnych 40 członków.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Kolega Dr. Eisenberg wygłosił pierwszą część swojego odczytu: **O odkażeniu swoistem: Działanie jonów na bakterye.** (Będzie podany do druku).

Dyskusyę odłożono do następnego posiedzenia.

Posiedzenie zwyczajne dnia 30 kwietnia 1919 r.

Przewodniczący prezes Dr. Damski, obecnych 30 członków.

I. Prezes Dr. Damski w wspomnieniu pośmiertnem podnosi zasługi śp. Prof. Dr. Napoleona Cybulskiego jako człowieka nieskazitelnego charakteru, gołębiego serca i uczonego wielkiej miary. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

Następnie przewodniczący poświęca serdeczną wzmiankę pamięci zmarłego kolegi Dr. Schwartzenberg Czernego.

II. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

III. Kolega Dr. Eisenberg wygłosił drugą część wykładu: **O zakażeniu swoistem; działanie jonów na bakterye.** (będzie podany do druku).

Prezes Dr. Damski dziękuje prelegentowi za wygłoszony wykład.

Posiedzenie ogólne dnia 7 maja 1919 r.

Obecnych członków 35. Przewodniczący prezes kol. Damski.

Prof. Ciechanowski zdaje sprawę z warszawskiego Zjazdu delegatów zrzeszeń lekarskich w Polsce, który odbył się dla zajęcia stanowiska wobec projektów ubezpieczenia społecznego i Izb lekarskich.

Kol. Prezes Schoengut zdaje sprawę z tegoż Zjazdu, w szczególności co do »ordynacyi lekarskiej«.

Kol. Stahr podaje streszczenie swego referatu przedstawionego na tymże zjeździe »O ubezpieczeniu społecznem«.

Kol. prezes Damski zdaje sprawę z referatu swojego na zjeździe: »O potrzebie zrzeszania lekarzy«.

Przyjęto na członków kolegów: F. Eisenberga, Warzeszkiewicza, Wł. Nowaka, Roszkowskiego i Pieńkowskiego.

Posiedzenie zwyczajne dnia 14 maja 1919.

Przewodniczący wiceprezes kol. Dr. Witaliński. Obecnych 20 członków.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Kolega Dr. Rychliński przedstawił preparaty z oddziału ginek.-położniczego szpitala św. Łazarza — i wygłosił odczyt: **O tokogenetycznych przetokach moczowych.** (będzie podany do druku)

W dyskusyi kolega Dr. Wojciechowski zaznacza co do leczenia przetok moczowych zeszyciem pochwy (Kolpokleisis), że przy użyciu tej metody, skłonność do zaklejania jest mała, po tygodniu następuje odklejenie. Odpływ miesięczny odbywa się do pęcherza; w obec czego bardzo możliwe jest zakażenie. Łączenie pęcherza z odbytnicą również nie dało dobrych wyników. W końcu pyta mowca prelegenta o wyniki jego zabiegów w tym kierunku. — Prelegent odpowiada, że jeden wypadek zastosowania zeszycia pochwy nie udał się; dalej mówi o zastowaniu metody Freunda zakrywania przetok moczowych macicą, zaznacza jednak, że czasem macica bywa za mała i że w takich przypadkach stosował przecięcie macicy.

Zast. sekr. Dr. Sokołowska.

Posiedzenie zwyczajne dnia 11. VI. 1919 r.

Przewodniczący prezes Dr Damski. Obecnych 38 członków.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Prof. Dr Krzyształowicz wygłasza odczyt: »**O wpływie światła na skórę,** treści następującej: Finsen dał podwaliny terapii świetlnej chorób skórnych. On pierwszy zauważył, że siła lecznicza światła polega na działaniu niebieskich, fiołkowych i ultrafiołkowych promieni widma słonecznego t. j. promieni o krótkiej fali, promieni chemicznych, a nie promieni cieplnych o długiej fali, które raczej szkodliwy wpływ wywierać mogą.

Oddawna wiemy, że skóra twarzy i rąk pod wpływem działania światła, szczególniej górskiego, staje się ciemniejszą. Powstaje zapalenie skóry (dermatitis solaris). Zapalenie to jednak zależy tylko od promieni chemicznych, a nie cieplnych, jak tego dowodzi możność opalania się silnego na lodowcach. Zapalenie to rozciąga się na całe tygodnie, powstając po pewnym okresie utajenia. Różne jednak rasy ludzkie i różne osobniki jednej rasy niejednakowo oddziałują na wpływ światła. Nawet murzynki mogą wybieleć do pewnego stopnia, o ile usuną działanie światła na cerę, co też robią zwykle przed ślubem. Zwykle mamy rozszerzenie się naczyń, zaczerwienienie skóry, poddanej wpływowi światła, rumień z pęcherzykami lub bez, a następnie zwiększone wytworzenie się barwika, który ma być wałem ochronnym ustroju przed szkodliwym wpływem pewnych promieni świetlnych. Otóż zdolność wytwarzania barwika nie u wszystkich jest jednakowa. Są ustroje, które zdolność tę posiadają w bardzo małej mierze. Po części zależy to od odżywiania, po części od wpływów atmosferycznych. Barwik ten powstaje z produktów autolitycznego rozpadu białka, które przez fermenty utleniają się; mają to być ciała należące do tyrozyn albo aminokwasów. Promienie krótkofaliste przenikają na pewną głębokość przez skórę i pochłaniane są przez naskórek i krew. Działają one bakteryobójczo także w jakimś związku z wytwarzającym się barwikiem, gdyż zwierzęta słabo ubarwione pod wpływem tego samego zakażenia chorują ciężej. Barwik wytwarzający się w skórze, broni ustroju od szkodliwego wpływu długo falistych promieni świetlnych, skóra więc staje się regulatorem wpływu światła, które ma tak ogromne znaczenie dla przemiany materyi. Ciekawe są pod tym względem stany patologiczne skóry, np. choroba Addisona lub chloasma gravidarum, kiedy pod wpływem zmienionych gruczołów wydzielania wewnętrzego, nadnerczy i jajników, powstaje wzmożone wytwarzanie się barwika. Wzmożone wytwarzanie barwika mamy także przy piegach, natomiast prawie zupełną niemożność wytwarzania barwika przy wrodzonem bielactwie. Ogólnie znany jest wpływ promieni czerwonych na ropienie i ospę.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego wystosował do prof. Dr Tadeusza Browicza pismo następujące, które mu wręczyła d. 20. listopada 1919 delegacya Wydziału pod przewodnictwem Dziekana:

»Czcigodny Panie Profesorze! Rozstając się po niemal półwiekowej, a niezmordowanej pracy ze swym Zakładem naukowym, którym tak znakomicie we Wszechnicy naszej kierowałeś,

racz przyjąć od Wydziału lekarskiego Uniwersytetu najszczersze podziękowanie.

Tobie zawdzięczają liczne pokolenia słuchaczy fundament wykształcenia lekarskiego, jaką był przedmiot nauczany i spajany przez Ciebie zawsze w żywy związek ze wszystkiemi gałęziami medycyny, a do niedawna nie było prawie w Małopolsce lekarza, któryby nie był Twym uczniem. Wszyscy oni zachowali we wdzięcznej i wiernej pamięci Twoją działalność dydaktyczną, w której przyświecały Ci zawsze najwyższe cele nauczania, a w której kierowało Tobą niezwykłe poczucie obowiązku, gorąca troska o dobro młodzieży, otaczanej przez Ciebie serdeczną opieką i wzgląd na pożytek społeczeństwa.

W Twym instytucie, pod Twojem bacznem okiem, światłym i życzliwym kierunkiem, nabyło wielu pracowników szerokich podstaw do samodzielnej pracy badawczej w różnych gałęziach teoretycznych nauk lekarskich i medycyny praktycznej. Z pośród tych pracowników wykształciłeś grono młodszych sił nauczycielskich i umiałeś skupić je do harmonijnego współdziałania; popierałeś gorąco ich dążenia i torowałeś ich drogę do zasług w Uniwersytecie, a uznania na polu naukowem. Na tem polu będąc dla nich przykładem gorliwości i zapału, sumienności i przedmiotowego dążenia do zdobycia prawdy, wzbogaciłeś wiedzę trwałemi zdobyczami i zapisałeś piękną kartę w ojczystem piśmiennictwie.

W gronie Wydziału lekarskiego objawiając otwarcie swoje przekonania, ponad wszystko stawiałeś zawsze dobro uczniów, dobro Wydziału i Uniwersytetu, dobro kraju. Zarówno w Wydziale, jak i na szerszej arenie wiele spraw, połączonych z niepospolitą publiczną korzyścią, szczególnie w zakresie zdrowia publicznego i szkolnictwa wyższego, zawdzięcza swój początek Twojej czujnej myśli i Twojemu gorącemu umiłowaniu powszechnego dobra.

Jednomyślnie więc na posiedzeniu w dniu 4. października 1919 postanowił Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego złożyć Ci jak najgorętszą podzękę za to wszystko, coś zdziałał dla Wydziału i Uniwersytetu, a zarazem wyrazić serdeczne życzenie, aby dalsze lata zasłużonego żywota rozjaśnił Ci widok plonu, wyrastającego na pożytek Ojczyzny coraz bujniej z ziarn, przez Ciebie rzuconych.

— Prof. Dr Aleksander Rosner został zaproszony do objęcia katedry ginekologii i położnictwa w Uniwersytecie warszawskim, nie przyjął jednak tej zaszczytnej propozycyi, nie chcąc porzucać swego dotychczasowego stanowiska w Uniwersytecie Jagiellońskim.

— Naczelnik Państwa zamianował docenta pryw. chirurgii z tytułem profesora, Dr Maksymiliana Rutkowskiego, profesorem nadzwyczajnym chirurgii z tytułem i charakterem profesora zwyczajnego, w Uniw. Jagiell.

— Karolina Atlasówna z Limanowej otrzymało w Uniwersytecie Jagiell. stopień doktora wszech nauk lekarskich.

— Galicyjska kasa dla chorych lekarzy przysyła nam następujące pismo:

Mało kto wie, a nawet niewielu lekarzy pamięta o tem, że od roku 1903 istnieje przy Izbie lekarskiej lwowskiej, Galicyjska Kasa dla chorych lekarzy we Lwowie, przy ul. Lindego l. 5. i spełnia swoje humanitarne cele nieustannie, bez względu na wojnę i polityczne zmiany.

Kasa ta, założona przez Izbę lekarską wschodnio-galicyjską, udziela zasiłków w razie choroby i wynikłej stąd nieudolności do pracy zawodowej, a w razie śmierci zasiłku na koszta pogrzebu. Członkiem Kasy może zostać każdy lekarz zamieszkały stale w Galicyi, uprawniony do wykonywania praktyki, który nie przekroczył 60 roku życia, z wyjątkiem zawodowych lekarzy wojskowych. Obie Izby lekarskie subwencyonują Kasę. Zasiłki wypłacane rocznie przez nią dochodziły do 10. 000 K. a nawet powyżej tej sumy. Fundusz rezerwowy, nagromadzony od czasu istnienia Kasy, wynosi obecnie 29. 790 K. umieszczonych w papierach wartościowych.

Swiadczenia Kasy wydają się i są obecnie niskie wobec dewaluacyi korony, będą jednak odpowiednio podwyższone po uregulowaniu waluty.

We własnym interesie stanu lekarskiego powinni wszyscy lekarze przystąpić do Kasy.

Wobec powstania Państwa Polskiego może Kasa stać się podstawą do instytucyi o szerokim zakresie, obejmującym wszystkie dzielnice Państwa, i zrzeszenia lekarskie wszystkich dzielnic.

Już obecnie zainteresowały się naszą Kasą inne Towarzystwa lekarskie i prosiły o informacye.

W dniu 30 maja br. odbyło się Walne Zgromadzenie członków Kasy, powzięło szereg ważnych uchwał i wytknęło sobie, względnie Wydziałowi program pracy na najbliższą przyszłość. Posiedzenia Wydziału odbywają się kilka razy w miesiącu, posiedzenia Sądu rozjemczego bardzo rzadko, co świadczy o dobrym stosunku i zaufaniu członków do postanowień Wydziału. Sekretaryat Kasy udziela najchętniej ustnie i listownie informacyi pod wyżej wskazanym adresem.

— Choroby zakaźne w Krakowie od 26. X. do 1. XI. 1919: płonica 7 † 2 (3 † 1), błonica 3 (2 † 1), dur brzuszny 11 † 2 († 1), czerwonka 24 † 6 (8 † 3), dur plamisty 12 † 1 (6 † 1), róża 1.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Treść:



Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 49. Kraków, 6. grudnia 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto pocz. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K 15·—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K

Rok LVIII. Kraków, 6. grudnia 1919. Nr. 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Ze spostrzeżeń klinicznych o grypowem zapaleniu płuc w czasie epidemii grypy w r. 1918/19.

Podał

Prof. Dr L. Korczyński.

W przebiegu epidemii grypy, która nawiedziła Sarajewo z początkiem czerwca 1918 r. i panowała przez cały szereg miesięcy, odróżnić można, o ile chodzi o jadowitość zakażeń, dwa bardzo wyraźne okresy. W pierwszym trwającym nieco ponad trzy miesiące, od początku czerwca do połowy września, przebiegała choroba pod postacią stosunkowo bardzo łagodną. Mimo nader licznych zasłabnięć nie przydarzały się prawie zupełnie poważniejsze powikłania; zejścia śmiertelne należały do wielkich wyjątków. O łagodnym przebiegu choroby świadczyła m. i. także i ta okoliczność, że chorzy zgłaszali się do szpitala w bardzo skromnej liczbie. Do końca sierpnia wynosił cały materyał oddziału tylko 17 przypadków. Drugi okres rozpoczął się we wrześniu. Epidemia zatoczyła w tym czasie znacznie szersze kręgi, zakażenie przybrało nader złośliwy charakter. Wraz z tem zaczęło napływać coraz więcej chorych do szpitala, wreszcie napływ wzmógł się do tego stopnia, że tylko z wielką trudnością można było pomieścić wszystkich zgłaszających się. A przychodziło to tem trudniej, skoro równocześnie panowały inne jeszcze choroby zakaźne, jak dur osutkowy, dur brzuszny i czerwonka. Trwało tak do końca grudnia. Materyał grypowy oddziału wzrósł w tym czasie do liczby z górą 300 przypadków. Największą liczbę chorych przyniósł listopad. W pierwszej połowie grudnia zmniejszyła się frekwencya już wcale znacznie i opadała stopniowo coraz bardziej. Epidemia wygasła zupełnie dopiero około połowy kwietnia. To długie jej trwanie zasługuje na osobne podniesienie.

Poza długością trwania epidemii, zwracał uwagę inny jeszcze szczegół: okresowe wahania ilości zgłaszających się chorych. Fala ich wzbierała i opadała. W niektórych dniach nie było zupełnie nowych chorych, w innych napływali całymi szeregami. Przytaczać ich wykazów nie możemy z łatwo zrozumiałych powodów. Nie miałoby to zresztą istotnego celu, tembardziej, że pewne pojęcie o okresowem zmniejszaniu i zwiększaniu się liczby chorych dają także zestawienia dziesięciodniowe, pomieszczone w tablicy miesięcznej frekwencyi chorych (por. tabl. I).

O wahaniach frekwencyi nie wspominamy dlatego, aby je tylko zaznaczyć. Czynimy to dlatego, że stwierdzenie ich przyczynić się może do objaśnienia sposobu, w jaki się szerzy epidemia grypy.

Ze spostrzeżeń, poczynionych już w dawniejszych czasach, podobnie jak z najnowszych, wynika, że zakażenie grypowe przenosi się pospolicie przez bezpośrednie zetknięcie osób chorych z osobami zdrowemi. Rolę przenośnika odgrywa wydzielina górnych dróg oddechowych, zawierająca w sobie jadowite zarazki. Wolne powietrze nie ma większego znaczenia. Bakterye, które się doń dostały, tracą prawdopodobnie bardzo rychło jadowitość i schodzą wreszcie, prędzej czy później, do rzędu względnych saprofitów. W tej biologicznej postaci nie są dla ogółu ludzi niebezpieczne.

Tego, co się słyszy i czyta o powszechnej i bezwzględnej skłonności do nabywania grypy, nie należy brać zupełnie dosłownie. Skłonność taka istnieje w zasadzie, jakkolwiek także nie bez wszelkich zastrzeżeń, tylko wobec bakteryi, odznaczających się pełną jadowitością, a więc bakteryi pochodzących ze świeżej wydzieliny dróg oddechowych ostrych przypadków. Dla wzniecenia choroby przez bakterye, znajdujące się w wydzielinie błon śluzowych osób, które z grypy już wyzdrowiały lub przez bakterye zawieszone na pyłkach kurzu wolnego powietrza, potrzebna jest wyjątkowo wielka wrażliwość. Niektórzy ludzie posiadają ją w wysokim stopniu, zapadają nader łatwo i wielokrotnie na grypę. Dają oni ze siebie podłoże, na którem bakterye, pozbawione już jadowitości znaczniejszego stopnia, jadowitość na nowo zyskują. Jest to zjawisko, znane bardzo dobrze w patologii doświadczalnej, która, chcąc otrzymać zjadliwe posiewy pewnych drobnoustrojów, posługuje się wszczepianiem pokoleń, dla ludzi niejadowitych, bardzo na nie wrażliwym zwierzętom. Dla przykładu wskazać tu można zakażanie królików zapomocą niektórych odmian paciorkowców i gronkowców.

Wpływem powtarzających się samorodnych przeszczepień zarazków grypy u ludzi na jadowitość tych bakteryi tłomaczyćby można najprędzej wielką zjadliwość epidemii w drugim jej okresie i znacznie cięższy przebieg choroby oraz o wiele większą śmiertelność wśród chorych, mieszkających w skupieniu, aniżeli tam, gdzie domostwa leżą zdala od siebie. Spostrzeżenia te poczynili niektórzy wiejscy księża i nauczyciele. Opowiadali mi o nich, zupełnie o to nie pytani.

Skoro mówimy o skłonności do nabywania grypy, to nie zawadzi zaznaczyć, że w czasie ostatniej epidemii wielką wrażliwością odznaczali się przedewszystkiem ludzie młodzi. Osoby starsze, a nawet średniego wieku okazywały znacznie większą odporność. Przekonać się o tem łatwo z zestawienia liczby przypadków leczonych w szpitalu i ugrupowanych według wieku chorych (por. tabl. II).

To samo zestawienie uczy dalej, że niezwykle małą ilość przypadków grypy dostarczyła szpitalowi ludność żydowska, a stosunkowo bardzo znaczną ludność muzułmańska i to pomimo tego,

TABLICA I.

Rok			1918						1919			
Miesiąc			VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	I.	II.	III.	IV.
Dekada I.	Ilość przyjętych chorych	Bezwzgl.	2	3	5	9	34	29	7	3	1	8
		%*)	0·56	0·84	1·41	2·54	9·61	8·19	1·97	0·84	0·28	2·24
Dekada II.		Bezwzgl.	—	4	13	41	35	16	5	7	5	—
		%*)	—	1·12	3·67	11·57	9·88	4·51	1·41	1·97	1·41	—
Dekada III.		Bezwzgl.	2	6	35	17	32	18	6	8	2	1
		%*)	0·56	1·69	9·88	4·80	9·03	5·08	1·69	2·24	0·56	0·28
Razem . . .			4	13	53	67	101	63	19	18	8	9
		%*)	1·12	3·67	14·97	18·92	31·07	17·79	5·08	5·08	2·24	2·54

*) Obliczenie własne w stosunku do ogólnej liczby chorych = 354.

TABLICA II.

	Mężczyźni	Kobiety	Wiek chorych 1—10	10—20	20—30	30—40	40—50	50—60 i wyżej	Wyznanie: Chrześc. m.	Chrześc. k.	Islam m.	Islam k.	Zyd. m.	Zyd. k.	Chorzy przybyli z Sarajewa	z poza Sarajewa
L. bezwzględne . . .	213	141	24	120	131	46	18	15	126	117	80	17	7	7	241	113
									243		97		14			
L. odsetkowe	60·16	39·83	6·77	35·28	37·00	12·99	5·08	4·24	68·64		27·40		3·95		68·07	31·92

TABLICA III.

Rok			1918						1919			
Miesiąc			VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	I.	II.	III.	IV.
Dekada I.	Ilość przypadków zapalenia płuc	Bezwzgl.	—	—	1	2	7	12	1	—	1	—
		%*)	—	—	20·00	22·22	20·58	41·37	14·28	—	100·00	—
Dekada II.		Bezwzgl.	—	—	1	18	15	6	3	2	1	—
		%*)	—	—	7·69	43·90	46·87	37·50	60·00	28·57	20·00	—
Dekada III.		Bezwzgl.	—	1	4	17	13	7	2	3	1	—
		%*)	—	16·66	11·40	100·00	40·62	38·88	33·33	37·50	50·00	—
Razem		Bezwzgl.	—	1	6	37	35	25	6	5	3	—
»		%*)	—	19·66	11·32	55·22	34·65	39·68	33·33	27·77	37·50	—

*) Obliczenie w stosunku do ilości chorych danego okresu czasu (por. Tabl. I).

TABLICA IV.

Wiek chorych	1—10 lat	10—20 lat	20—30 lat	30—40 lat	40—50 lat	50—60 lat i wyżej	Mężczyźni	Kobiety	Suma
Ilość chorych na grypę	24	120	131	46	18	15	213	141	354
Z tego zachorowało na zapalenie płuc	12	30	43	18	8	7	67	51	118
Odsetek	50·00	25·00	33·38	39·13	44·44	46·66	31·46	36·17	33·33

że udział kobiet muzułmańskich był bardzo nieznaczny. Dalszy szczegół, który uderza w zestawieniu, to nader poważną ilość chorych, przybyłych na oddział z poza Sarajewa, i to z najrozmaitszych okolic. Wielu z tych chorych zaraziło się grypą w czasie podróży, niektórzy w drodze z Węgier lub z Austryi. Mamy w tem dowód pandemicznego panowania grypy.

Wspomnieliśmy na wstępie, że drugi okres epidemii, który się rozpoczął we wrześniu 1918 i trwał przez parę miesięcy, cechowało nietylko wielkie rozprzestrzenienie się choroby, ale że odznaczał się on także wielką ilością ciężkich przypadków. Wyrazem zjadliwości zakażenia była stosunkowo bardzo znaczna śmiertelność, sięgająca 18·07%. Idzie ona niemal w całości na karb zapalenia płuc.

Liczba przypadków, powikłanych sprawą zapalną miąższu płucnego wynosiła ogółem 118 czyli 35·33%. Z wyjątkiem dwóch miesięcy, lipca i kwietnia 1919 spotykaliśmy się z zapaleniem płuc przez cały czas trwania epidemii. W największej liczbie występowało w październiku i w listopadzie (por. tabl. III). Że i tu także nie brakowało znacznych nawet wahań pod względem częstości, zupełnie jest zrozumiałe. O rozmiarach ich daje wystarczające pojęcie zestawienie ilości chorych z zapaleniem płuc, ułożone według dziesięciodniowych okresów. Głównego kontyngentu dostarczyła młodzież i ludzie między 20 a 30 rokiem życia. Nie należy wszakże wnosić z tego, że dwa dziesięciolecia, do których wiekiem należała przeszło połowa naszych chorych, odznaczały się wogóle wyłączną jakąś skłonnością do do zapalenia płuc. Przeciwnie, po rozpatrzeniu się w tych stosunkach dochodzimy do przekonania, że częstość wikłających grypę zapaleń płuc rosła z wiekiem chorych. Na równi niemal z ludźmi starymi stały pod tym względem dzieci (por. tabl. IV). Podatniejszym materyałem były także kobiety. Różnica częstości, wynosząca nieco ponad 5%, nie jest wprawdzie uderzająco wielka, ale nie sądzę, aby była rzeczą tylko prostego przypadku.

Obraz choroby w przypadkach, powikłanych zapaleniem płuc, nie różni się w samym początku od obrazu niepowikłanej cięższej postaci grypy. I tu dowiadujemy się o chorych o wstępnym, mniej lub więcej silnym dreszczu, o pojawianiu się wraz z tem gorączki, dosięgającej zazwyczaj odrazu znacznej wysokości, słyszymy skargi na bole głowy, nierzadko o charakterze neuralgicznym, na obolałości całego ciała i na przeczulicę skóry i mięśni, na uczucie suchości w ustach i na kaszel, niekiedy bardzo męczący i uporczywy. W 8 przypadkach, t. j. w 6·78%, spostrzegano obfitsze krwotoki nosowe, w 5, czyli czyli w 4·23% krwotoki z niższych dróg oddechowych. Kilku chorych wspominało nadto o znaczniejszych zaburzeniach żołądkowych, wśród których najwybitniejszą rolę grały bądź jednorazowe tylko, bądź powtarzające się parę razy wymioty oraz biegunki, połączone z bolami brzucha.

W pierwszych początkach choroby nie można zazwyczaj także przez badanie przedmiotowe wykryć szczegółów, z których wolno by było wnosić, że nieżytowa sprawa zapalna rozszerzyła się z dróg oddechowych na miąższ płucny. Niekiedy występuje, coprawda, już bardzo rychło nieżyt oskrzeli, nawet drobniejszych, ale obecność jego nie dowodzi jeszcze bynajmniej, że w dalszym ciągu rozwinąć się musi zapalenie płuc. Przydarzają się zresztą nie tak rzadko przypadki, w których choroba przebiega na razie wcale łagodnie, gdzie ciepłota po paru dniach opada do stanu prawidłowego, atoli po takiem zwolnieniu zjawia się nowy atak zakażenia, znacznie cięższy, powikłany bardzo rozległym nieżytem i nieżytowem zapaleniem płuc. Znajomość tych szczegółów jest wskazówką dla rokowania o przebiegu choroby, nakazuje oględność i powściągliwość w przepowiadaniu długości jej trwania i ostatecznego zakończenia. Ostrożność w tym kierunku jest zwłaszcza wtedy bardzo potrzebna, gdy epidemia odznacza się większą zjadliwością. Wyjątkowo tylko zdarzają się przypadki, w których zapalenie płuc rozwija się wraz z nieżytem drobnych oskrzeli zaraz w samym początku zakażenia grypowego, odrazu bardzo ciężkiego i kończącego się, o ile wnosić mogę, z własnych spostrzeżeń, zawsze niepomyślnie. Z tego rodzaju przebiegiem spotkałem się u 3 chorych szpitalnych. U wszystkich trzech wykazała sekcya zgodnie z rozpoznaniem klinicznem, typową grypę z rozległem zlewnem zrazikowem za-

paleniem płuc. Śmierć nastąpiła w dwóch przypadkach w trzecim, w jednym w 6. dniu choroby. Dalsze dwa przypadki, również z szybkim śmiertelnym przebiegiem widziałem w praktyce prywatnej, wezwany do chorych na naradę lekarską. Przyczyna śmierci leżała we wszystkich przypadkach tylko w zakażeniu grypowem jako takiem.

Nieżyt oskrzeli nawet bardzo znaczny nie sprawia poza kaszlem dopóty cięższych dolegliwości, dopóki ogranicza się do oskrzeli większego i średniego kalibru. Obraz choroby zmienia się doraźnie z chwilą, kiedy sprawa zapalna szerzyć się zaczyna w oskrzelkach końcowych, a bardzo już wybitnie, gdy zajmuje miąższ płucny. Nieomylnym znakiem, że to się stało, jest sinica skóry, różnego zresztą stopnia, zależnie od ilości i od wielkości ognisk zapalnych. Tam, gdzie wielki obszar płuca nie może brać udziału w oddechaniu, przybiera skóra na całem ciele sinawofioletową barwę. Nie inaczej wyglądają także błony śluzowe. Język, zwykle lekko obrzękły, często suchawy, wargi również nie dość wilgotne, błona śluzowa jamy ust i gardła, wszystko to traci prawidłową barwę, staje się niebieskawoczerwone, język i wargi wyglądają często wprost niebiesko. Podobnie dzieje się z silnie przekrwionemi spojówkami. Krwawe, więcej niż zwykle wystające z oczodołów oczy sprawiają w takich razach wprost bardzo przykre wrażenie.

W związku ze zmianą, dotyczącą barwy skóry, należy wspomnieć o innych jeszcze zjawiskach skórnych. Z naszych chorych było 23 (19·49%) dotkniętych opryszczkami, usadowionemi bez wyjątku na wargach, w kątach ust i u brzegów skrzydeł nosowych. Poza tem spotykaliśmy się z innym jeszcze wcale ważnym objawem, z krwotokami skórnymi. Wybroczyny tego rodzaju, bądź zupełnie małe, nie zajmujące przestrzeni większej, niż główka od szpilki, bądź znacznie większe, zlewające się niekiedy ze sobą w spore plamy, widzieliśmy w 7 przypadkach, czyli w 5·93%. Świadczą one o poważnych zmianach w ścianach najdrobniejszych naczyń krwionośnych i służą temsamem za miarę jadowitości toksyn, wytwarzanych przez zarazki grypowe. Wcale liczne krosty (pustulae), które u jednego z chorych pokrywały skórę kończyn dolnych, brzucha i klatki piersiowej były, zdaje się następstwem miejscowego zakażenia. Przyroda zatorowa wydawała się nam mało prawdopodobną.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr Kazimierz Majewski.**

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 50. Kraków, 13. grudnia 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K 15·—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K

Rok LVIII Kraków, 13 grudnia 1919 Nr 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KROLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Ze spostrzeżeń klinicznych o grypowem zapaleniu płuc w czasie epidemii grypy w r. 1918/19.

Podał

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Zbytecznem byłoby podnosić osobno, że ani opryszczki, ani wybroczyny skórne, ani wreszcie krosty nie stoją w bezpośrednim związku z zapaleniem płuc jako takiem. Podobnie, jak gdzieindziej, są one i tu także tylko objawowem zjawiskiem towarzyszącem cięższemu ogólnemu zakażeniu.

Przejdziemy teraz do narządu oddechowego.

Szczegółem, który na pierwszy rzut oka uderzać musi, jest bardzo znaczna duszność. Chorzy oddychają szybko, z widocznym wysiłkiem przy pomocy dodatkowych mięśni oddechowych, głównie wdechowych. Pracę tych mięśni widać bardzo wyraźnie. Tor oddechowy staje się wybitnie piersiowy. Liczba oddechów wzrasta bardzo znacznie. W niektórych przypadkach liczyliśmy po 60 i więcej oddechów w ciągu jednej minuty; 40—50 należało do stałej zasady. O trudnem i w ostatecznym wyniku niedostatecznem odwietrzaniu płuc świadczy dalej silne wdechowe wciąganie międzyżebrzy, najwyraźniejsze z natury rzeczy w tych okolicach klatki piersiowej, pod któremi leżą wykluczone od oddychania części płuc. Łatwo pojąć, że wobec znacznego obrzęku błony śluzowej średnich oskrzeli, zwężenia a nawet chwilowego zamknięcia ich światła, przedewszystkiem wszakże skutkiem niedrożności drobnych oskrzelków, wypełnionych szczelnie ropiastym, niekiedy włóknikowym wysiękiem, niema w tych przypadkach warunków dla powstawania wzmożonego przewodnictwa fal głosowych, tak bardzo cechującego dla włóknikowego zapalenia płuc. Drżenie klatki piersiowej i przewodnictwo głosu są u chorych na zapalenie płuc grypowe prawie zawsze raczej osłabione.

Odgłos, powstający przy opukiwaniu klatki piersiowej nie ma również w znacznej części zupełnie świeżych przypadków właściwego zapalenia płuc stłumionego charakteru. Nabiera go dopiero wtedy, gdy zapalenie rozszerzyło się i gdy rozrzucone z początku gniazda zapalne zlały się ze sobą w ogniska znacznych rozmiarów, zajmujące większą część płatów, a nawet całe płaty płuc. Dopóki tego niema, wydobywają uderzenia opukowe tylko przytłumiony odgłos, zmieszany z mniej lub więcej wyraźnym bębenkowym przydźwiękiem. Źródło tego przydźwięku leży nietylko w zwiotczeniu tkanki płucnej i ścian drobnych oskrzeli, ale także w rozszerzeniu oskrzeli, znamiennem, jak o tem mogliśmy się wielokrotnie przekonać przy badaniach pośmiertnych, dla grypowych nieżytowych zapaleń płuc.

Wśród objawów osłuchowych stoją na pierwszym planie liczne średnio i drobnobańkowe, dźwięczne rzężenia. Obok nich usłyszeć można na ograniczonej przestrzeni także niedodmowe trzeszczenia, rzadziej trzeszczenia wstępne, cechujące początek włóknikowego zapalenia płuc. Oddechu oskrzelowego nie słychać w świeżych przypadkach zupełnie.

O wszystkich tych, tak pospolitych, wprost podstawowych szczegółach zakresu dyagnostyki fizycznej wspominamy dlatego, aby równocześnie z pewnym nawet naciskiem zaznaczyć, że to, co przy badaniu znajdujemy, nie posiada tej wyrazistości, której spodziewaćby się można ze względu na rozprzestrzenienie sprawy zapalnej. Między obrazami sekcyjnymi i wynikami badania chorych zachodzi nierzadko widoczny niestosunek. Zwracano nań uwagę kilkakrotnie w czasie ostatniej epidemii grypy. Mówiąc o nim, zaznaczamy wszakże wyraźnie, że mamy przytem na myśli tylko przypadki świeższe. Przy dłuższem trwaniu choroby, gdy sprawa zapalna rozszerzy się na znaczny obszar płuca, gdy powstanie martwica tkanki płucnej i zupełny jej rozpad, z wytworzeniem się jam, niekiedy bardzo znacznej objętości, występują jako kliniczny wykładnik wszystkich tych zmian, także zupełnie wybitne objawy fizyczne.

Ścisły związek sprawy zapalnej w płucach z nieżytem oskrzeli sprawia, że odznacza ją zawsze mniej lub więcej znaczne podrażnienie do kaszlu. Niekiedy zjawiają się nawet napady kurczowego kaszlu i stają się prawdziwą plagą zmęczonych, znaczną dusznością dotkniętych chorych. Dzieje się to albo z początku choroby w tych przypadkach, w których zapalenie płuc powstało wkrótce po wybuchu grypy i gdzie istnieje bardzo jeszcze ostry nieżyt tchawicy, albo też w okresie znacznie późniejszym, gdy nastał rozpad płuca i potworzyły się ropniakowe jamy. W jednym z naszych przypadków doprowadziły takie napady gwałtownego kaszlu do powstania rozległej odmy podskórnej w obrębie szyi i klatki piersiowej.

Kaszel prawie zupełnie suchy należy do wyjątkowych zjawisk. Zazwyczaj odkrztuszają chorzy znaczniejszą, często nawet bardzo znaczną ilość ropiastej, w jednostajną masę zlewającej się plwociny. Wejrzenie jej jest tak bardzo cechujące, że widząc taką plwocinę u chorych gorączkujących sinawych można, w czasie panowania epidemii grypy, już z góry przypuszczać ostry nieżyt najdrobniejszych oskrzeli względnie nieżytowe zapalenie płuc.

Mimo, że przy sekcyach wcale nierzadko widywaliśmy zupełnie typowe włóknikowe skrzepy, tkwiące w świetle oskrzeli nietylko małego, ale także większego kalibru, spotkaliśmy się z nimi w plwocinie zaledwie parę razy. Zdaje się, że zazwyczaj uchodziły poprostu naszej uwagi. Zasługują one na to, aby pilniej śledzić za nimi, nie tyle dla tego, aby je stwierdzać, ale raczej z tego powodu, że stanowią, o ile osądzić mogę z własnych spostrzeżeń, oznakę ciężkich zakażeń grypowych.

Do zupełnie pospolitych zjawisk w plwocinie należy pewna domieszka krwi. Mniej często zdarzają się przypadki z wyraźnem krwawieniem. Spotkaliśmy się z niem w każdym razie u 14 chorych, czyli w 11·86% wszystkich przypadków grypowego zapalenia płuc. Przyczyna tych krwotoków nie jest zawsze jednakowa. Leży albo w pękaniu drobnych ale licznych naczyń błony śluzowej, w pierwszym rzędzie tchawicy, albo w przeżarciu naczyń płucnych, leżących wśród tkanki płucnej dotkniętej w dalszym ciągu zapalenia martwicą. W pierwszym przypadku przydarzają się krwotoki w początkowym, w drugim, w późniejszym względnie w końcowym okresie choroby. Z rozpadem tkanki płucnej zmienia się zresztą zawsze wejrzenie plwociny. Z biało lub zielonkowato żółtej staje się brudną, czasem posokowatą, nabiera ostrej, wprost cuchnącej woni. Wykryć w niej wtedy nietrudno włókna sprężyste, a zazwyczaj także okruchy, względnie kryształy zmienionego barwika krwi.

Przy badaniu plwocin naszych chorych grypowych nie pominięto także strony bakteryologicznej. Mimo przeglądnięcia wielkiej liczby preparatów, pochodzących od całego szeregu chorych, nie powiodło się ani w jednym przypadku wykryć zna-

nych z dawniejszych spostrzeżeń o grypie, zwłaszcza z czasów jej wielkiej epidemii w r. 1889 prątków Pfeiffera. Stale znajdowały się i to bardzo obficie tylko paciorkowce (streptococcus względnie streptococcus plesmorphus Wiesner). Spotkaliśmy się tu z takim samym wynikiem jak przy badaniach w przypadkach bardzo ostrych nieżytów dróg oddechowych, wikłających się nierzadko z nieżytowem zapaleniem płuc, które w znacznej ilości widywaliśmy w Bośnii między r. 1912 i 1914. Zwłaszcza w r. 1913 były one tak rozpowszechnione, że wprost sprawiały wrażenie epidemicznego rozszerzenia się choroby. Zwróciłem na nie uwagę w niedrukowanem sprawozdaniu o ruchu chorych na moim tutejszym oddziele w r. 1913, złożonem ówczesnemu rządowi Bośnii i Hercegowiny. Wspominam o tem tutaj dlatego, że wszystkie ówczesne przypadki sprawiały wrażenie grypy. Określaliśmy je mianem »pseudoinfluenza« tylko z powodu braku prątków Pfeiffera.

U większości naszych chorych przebiegało zapalenie płuc bez wyraźnych klinicznych objawów równoczesnego zapalenia opłucnej. Zwracało wprost uwagę, że chorzy, którzy ulegli zakażeniu, względnie bardzo rzadko skarżyli się za życia na kłucie w klatce piersiowej rzadko okazywali tarcie opłucne, mimo że przy sekcyi prawie zawsze znajdywano naloty wysięku włóknikowego, niekiedy wcale nawet grube i zbite. Po pierwszych sekcyach, przy których stwierdzono zmiany na opłucnej, badaliśmy każdego chorego z tem większą starannością w tym kierunku — najczęściej z wynikiem ujemnym. U niewielu tylko można było stwierdzić zupełnie pewne znamiona ograniczonego suchego zapalenia opłucnej. Częściej zdarzały się zato przypadki wysięków opłucnych. Naliczyliśmy ich ogółem 14, w tem 11 z wysiękiem ropnym, 2 z wysiękiem surowiczym, 1 z wysiękiem surowiczym krwawym. Oznaczało to w porównaniu z całym materyałem, który nas w tem sprawozdaniu zajmuje, 10·86%. Udział ropniaków opłucnej wynosi w tem 9·32%, wysięków surowiczych 2·54%. Z pośród chorych z wysiękiem ropnym poddało się 9 z dobrym skutkiem leczeniu chirurgicznemu; dwóch chorych zmarło w parę godzin po przyjęciu na oddział. Z chorych okazujących wysięki surowicze nie wyzdrowiał ani jeden.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

(Dokończenie).

Dyskusya nad odczytem prof. Krzyształowicza »O wpływie światła na skórę«. 1) Kol. Mayer nadmienia, że cały szereg chorób skóry łączy się z chorobami wewnętrznemi. Światło zaś nietylko górskie, ale i w nizinach działa, nietylko na skórę, ale i na krew, a przez to na inne narządy wewnętrzne. Wiemy, że wpływa na zwiększenie się ilości krwinek, na przemianę materyi, na wydzielanie się potu, przy stosowaniu światła zimnego, na apetyt i t. d. 2) Kol. Seńkowski czyni kilka uwag co do warunków działania promieni widma. Zaznacza, że promienie mogą o tyle wywierać wpływ na ustrój, o ile zdołają do niego się przedostać. Otóż promienie o fali krótkiej przechodzą przez komórkę i zatrzymują się w niej, wpływając przyspieszająco na rozpad białka, na sprawy fermentacyjne i oksydacyjne w komórce, na wytworzenie barwika, który broni ustroju przed wpływem szkodliwych promieni długich. Niektóre barwiki fluoryzujące, jak eozyna, same trucizną nie są, ale paraliżują zdolność ustroju do bronienia się przed szkodliwemi promieniami i z tego powodu zwierzę, nakarmione eozyną i wystawione na światło, ginie. Promienie Röntgena miękkie długofaliste działają silnie na skórę, twarde, krótkofaliste na skórę nie działają. 3) Kol. Dr. Oszacki, uważa działanie światła na skórę i na narządy wewnętrzne za dwie różne sprawy. Promienie krótkofaliste działają na głębokość 5 milimetrów. Pośrednio działają na krew, która za pomocą hemoglobiny zamienia je na inną energię świetlną. Przemiana materyi u chorych naświetlanych jest szybszą.

Zast. sekr. Dr. Sokołowska.

Posiedzenie zwyczajne dnia 9. VII. 1919 r.

Przewodniczący prezes Dr Damski. Obecnych 40 członków.

1. Prof. Dr. Lewkowicz przedstawia przypadek wyleczenia gronkowcowego zapalenia tkanki mózgowej i ogólnego zapalenia opon, jako następstwa po ranie postrzałowej czaszki, przy użyciu szczepionki swoistej. Przypadek ten leczony przed dwoma laty dotąd nie przedstawia żadnych objawów sprawy chorobowej w oponach.

II. Kolega Dr Sieramski, kapitan konsultant armii gen. Hallera, wygłosił odczyt: **Nowe kierunki w chirurgii.** Na początku zaznacza, że autorowie angielscy już oddawna przeczą skuteczności środków przeciwgnilnych. Niesłychanie ważne są zasługi Carrela w wynalezieniu płynów, które dla tkanek ciała ludzkiego, dotkniętych zranieniem, stwarzają prawidłowe warunki życia i pomagają w walce z zakażeniem. Co do płynu Dalkina (natrium hypochlorosum $4^1/_2$ gr. na litr), przemywane nim rany stają się aseptycznemi i goją się znakomicie. Za najważniejsze jednak uważa prelegent usunięcie, o ile to jest możliwem, bez utraty sprawności danego narządu tych części ciała, które mogły być przy zranieniu zakażone i to usunięcie w pierwszych 24 godzinach po zranieniu i zaszyciu rany. Taką metodę stosowano we Francyi ze znakomitym skutkiem, co z jednej strony było niesłychanie ważne dla rannych prędko powracających do zdrowia, z drugiej strony dla państwa, gdyż zmniejszało znacznie koszta.

W dyskusyi Kol. Dr Harajewicz zapytuje o leczenie stawów. — Prelegent odpowiada, że i w tym kierunku nowa metoda daje bardzo dobre wyniki, przyczem starać się należy, żeby jak najprędzej staw uruchomić. Jest wskazanem odkażenie eterem części, które nie mogą być usunięte, a istnieje obawa, że są zakażone. To samo przy przestrzałach kości, o które pytał kolega Dr Wojciechowski.

Zast. Sekr. Dr. Sokołowska.

Wiadomości bieżące.

— Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego wystosował do prof. Dr Walerego Jaworskiego pismo następujące, które mu wręczył Dziekan Wydziału:

Czcigodny Panie Profesorze!

Gdy opuszczasz stanowisko, na którem przez długi szereg lat niezmordowanie pracowałeś ku chlubie polskiej medycyny, ku pożytkowi naszej wszechnicy i jej uczniów, ku dobru szerokich kół społeczeństwa, — pragnie Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego złożyć Ci gorącą podziękę.

Szereg cennych badań naukowych, stanowiących przykład i zachętę dla innych naszych badaczy, przyczynił nietylko Tobie, ale i polskiej nauce lekarskiej, chluby, sięgającej poza granice naszej Ojczyzny, i był źródłem, z którego także pracownicy innych krajów czerpali podnietę i podstawę do dalszych poszukiwań. Za wzorem Twoim i pod Twym światłym kierunkiem pracował naukowo zastęp Twych ściślejszych uczniów, których umiałeś skupić koło siebie, natchnąć zamiłowaniem do badań, nauczyć sumienności i wyrobić na dzielnych swych pomocników. Przejęty serdeczną troską o przyszłość Wydziału lekarskiego i o przyszłych jego wychowańców, wykształciłeś z pośród swych współpracowników szereg sił dydaktycznych, na których gorliwości i wiedzy może Wydział lekarski polegać.

Jako nauczyciel kierowałeś się zawsze dbałością o dobro słuchaczy Uniwersytetu i troskliwością o ich pożytek. W pamięci naszej i w pamięci uczniów naszych nie zatrą się te lata Twej działalności, kiedy nawet ciężkie cierpienia fizyczne, przełamywane z narażeniem zdrowia siłą Twej woli i wzniosłem poczuciem obowiązku, nie wstrzymywały Cię od wykładów. A przejęty pragnieniem, aby w uczniów wpoić jaknajskuteczniej wiedzę lekarską, przodowałeś w stworzeniu dla nich polskich podręczników, i nietylko sam uczniom naszym dałeś w rękę doskonałe własne dzieła, ale, pokonując wszelkie trudności, potrafiłeś sprządz do pracy piśmienniczej na tem polu innych naszych uczonych.

Twoją myślą, troską i trudem powstało Muzeum historyczne Wydziału lekarskiego krakowskiego. Dla tego Muzeum będącego tak wymownym dowodem przywiązania do Uniwersytetu i serdecznego umiłowania jego losów i dziejów, poświęcałeś cały czas, jaki Ci od prac Twych pozostawał, zamiast obracać go

na wytchnienie i wypoczynek. Ta przez Ciebie stworzona instytucya wzrosła też pod Twoją opieką bardzo szybko i pomyślnie i stanowi już dziś skarbnicę, jaką żaden inny z polskich Wydziałów lekarskich, a niejeden też i z zagranicznych. nie może się pochlubić.

Za to wszystko coś zdziałał dla Wszechnicy naszej i społeczeństwa, niema sposobu odpłaty; przyjm wszakże, Czcigodny Panie Profesorze przynajmniej te wyrazy głęboko odczutego dziękczynienia, jakie Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego jednomyślną uchwałą z dnia 4. października b. r. złożyć Ci postanowił.

— Naczelnik Państwa nadał nadzwyczajnemu profesorowi chirurgii w Uniwersytecie lwowskim Dr Hilaremu Schrammowi tytuł i charakter profesowa zwyczajnego.

— Choroby zakaźne w Krakowie od 9. XI. do 22. XI. 1919: płonica 9 † 1 (1 † 1), błonica 4 (1.), dur brzuszny 1 † 1, czerwonką 13 † 4 (1 † 2), dur plamisty 10 † 2 (2), dur powrotny 1 (1), róża 2 † 1.

— Choroby zakaźne w Łodzi od 2. XI. do 8. XI. 1919: dur plamisty 22 † 4, dur brzuszny 61 † 6, dur powrotny 1, czerwonka 3 † 2, płonica 35 † 5, błonica 8 † 2, róża 2 † 1. — Odkażono mieszkań 751, odwszono osób 2621.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 51. Kraków, 20. grudnia 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K 15·—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: Redaktor główny. Członkowie: Dr W. Damski, prezes Tow. lek. krak.; dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVIII. Kraków, 20. grudnia 1919. Nr. 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KROLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Ze spostrzeżeń klinicznych o grypowem zapaleniu płuc w czasie epidemii grypy w r. 1918/19.

Podał

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Z góry już oczekiwać można, że rozległe zmiany zapalne w najdrobniejszych oskrzelach i w miąższu płucnym wywierają znaczny wpływ na narząd krążenia tem bardziej, że w grę wchodzi równocześnie działanie nader silnych jadów drobnoustrojowych. Wspomnieliśmy o niem już wyżej, mówiąc o wybroczynach skórnych. Wpływ tych dwóch szkodliwych czynników odbija się bardzo wyraźnie na tętnie. Z zachowania się jego wyczytać można z jednej strony następstwa niedowładu naczynioruchowego, z drugiej osłabienia mięśnia sercowego. Tętno przyspiesza się w większości przypadków zapalenia płuc grypowego niezwykle znacznie, staje się przytem miękkie i małe. Zachowaniem swem przypomina tętno, spostrzegane w cięższych przypadkach płonicy, niekiedy także błonicy. Tętna stosunkowo wolne należą do rzadszych zjawisk.

O stopniu przyspieszenia daje pojęcie zamieszczone niżej zestawienie, w którem zwrócono uwagę także na stosunek między wysokością ciepłoty i częstością uderzeń serca (zob. Tabl. V). Liczby wpisane w najniższej rubryce oznaczają ilość spostrzeżeń, w których daną częstość tętna notowano. Przypadków znajdujących się u kresu życia nie uwzględnialiśmy, z łatwo zrozumiałych przyczyn, zupełnie.

Jeśli już z zachowania się tętna bardzo często wyczytać można, że serce nie pracuje z należytą siłą, to tem wyraźniej stwierdzić się to daje przez określenie jakości tonów sercowych, zwłaszcza tonów rozkurczowych nad wielkiemi naczyniami i przez oznaczenie rozmiarów stłumienia serca. W ciężkich przypadkach tracą tony już bardzo rychło właściwy przytakt, rytm tonów naśladuje t. zw. rytm płodowy (embryokardia), serce rozszerza się, przedewszystkiem w zakresie komory prawej, która cierpi tu najwięcej, wymiar poprzeczny stłumienia zwiększa się, nierzadko bardzo nawet znacznie. Nic też dziwnego, że z rozszerzeniem serca spotykaliśmy się tak bardzo często przy sekcyach zwłok chorych, zmarłych na grypowe zapalenie płuc i że w mięśniu sercowym widywaliśmy prawie zawsze nader wybitne znamiona zwyrodnienia miąższowego.

Drugim z rzędu narządem, który w przebiegu grypowego zapalenia płuc wcale często podlega zmianom, dającym się wykryć przez badanie kliniczne, są n e r k i. Chodzi tu pospolicie o uszkodzenie miąższu, spotykane w toku najrozmaitszych chorób zakaźnych i poczytywane za następstwo działania trucizn drobnoustrojowych. Wyrazem klinicznym uszkodzenia jest t. zw. gorączkowy białkomocz, z którego w danych warunkach rozwinąć się może choroba Brighta w postaci określonej mianem nefrozy. Z tego rodzaju gorączkowym białkomoczem spotkaliśmy się u 50 chorych. Poza tem rozwinęło się u jednego chorego ostre krwotoczne zapalenie nerek, u drugiego, który już przedtem cierpiał na chorobę Brighta, powstało ropne zapalenie miedniczek nerkowych i samego miąższu nerkowego. Ogółem było więc w tej grupie 52 chorych, czyli 44·06% całego naszego materyału. Niepomyślne zejście nastąpiło w 46 przypadkach. Śmiertelność wynosiła 88·46%. W drugiej grupie mieści się 66 spostrzeżeń, w których białkomoczu nie spostrzegano. Zejść niepomyślnych było 17, śmiertelność wynosiła 25·75%.

Przytoczone w tej chwili liczby wskazują aż nadto wyraźnie, jak wielkie znaczenie dla oceniania przebiegu choroby i ostatecznego jej zejścia miało w czasie epidemii grypy badanie moczu. Czy było tak wszędzie i czy jest tak zawsze, nie wiem. Mogę tylko powołać się na nasze doświadczenia poczynione w czasie epidemii duru brzusznego w r. 1914/15. Białkomocz był i w tej także chorobie niekorzystnym objawem. Z chorych, u których go stwierdzono, zmarło 30·76%, z chorych bez białkomoczu tylko 3·34%.

Z innych szczegółów, odnoszących się do badania moczu zasługuje na wyróżnienie brak odczynu durowego Ehrlicha. Tkwi w tem poniekąd rozpoznawcze znaczenie. Zapalenie płuc grypowe przypomina wcale żywo ostrą gruźlicę płuc. Wspólność objawów polega na znacznej bardzo duszności, na sinicy, rozległym nieżycie oskrzeli przy braku wyraźnych objawów zagęszczenia płuc, na znacznem przyspieszeniu tętna. Ale w gruźlicy spotykamy jeśli niezawsze, to w każdym razie niezmiernie często odczyn Ehrlicha, w zapaleniach płuc pochodzenia grypowego nie stwierdziliśmy go ani razu.

Skoro weszliśmy na pole objawów, złączonych ściśle z zakażeniem i z działaniem trucizn drobnoustrojowych, nie będziemy przerywać wątku tej rzeczy i streścimy także inne spostrzeżenia, odnoszące się do tej samej sprawy.

Na pierwszem miejscu należy się wzmianka ś l e d z i o n i e. Zachowanie się jej u chorych na grypowe zapalenie płuc bardzo jest niejednakowe. W niektórych przypadkach można już bardzo

TABLICA V.

Ciepłota najwyższa																		
między 38°–39° C.							między 39°–40° C.								między 40°–41° C.			
Liczba tętna najwyższa																		
90 do 100	100 do 110	110 do 120	120 do 130	130 do 140	140 do 150	150 do 160	90 do 100	100 do 110	110 do 120	120 do 130	130 do 140	140 do 150	150 do 160	170 do 180	110 do 120	130 do 140	140 do 150	150 do 160
3	6	15	10	2	2	2	2	2	8	7	16	9	2	1	1	2	1	4

rychło po wybuchu choroby wykazać zapomocą obmacywania obrzęk śledziony, zwykle miernego stopnia, połączony z bolesnością narządu przy ucisku. Niekiedy słyszy się nawet skargi na tępy ból w boku pod lewym łukiem żebrowym. Zbitoślą przypomina taka śledziona obrzęki spotykane u chorych na dur brzuszny. Z tego rodzaju obrzękiem spotykaliśmy się u 17 chorych. Częstość jego stosunkowa wynosiła 14·40%. W drugim szeregu spostrzeżeń można było wykazać zapomocą opukiwania większy obszar stłumienia śledziony. Liczby ich nie podajemy wprost z tego powodu, że wyników otrzymanych przez opukiwanie, nie uważamy za bezwzględnie pewne. Nierzadko zdarzali się wreszcie chorzy, u których śledziona zachowywała się zupełnie prawidłowo. Obszar stłumienia nie przekraczał tu granic, oznaczanych u ludzi zupełnie zdrowych.

Wyniki naszych klinicznych spostrzeżeń godzą się w zasadzie najzupełniej z wynikami badań sekcyjnych. Przy oglądaniu zwłok widywaliśmy niekiedy śledzionę obrzękłą, z miąższem rozpływającym się, wagi ponad $^1/_2$ kilograma, obok tego obrzęki małego tylko stopnia, a nawet śledziony zupełnie nie powiększone. Od czego zależy takie zmienne zachowanie się, nie umiemy powiedzieć.

B a d a n i a k r w i, wykonywane u bardzo wielu chorych, wykazywały w przypadkach, przebiegających pomyślnie, mniej lub więcej znaczną hiperleukocytozę z przewagą ciałek białych neutrochłonnych. Przewaga ta nie była jednak nigdy tak zupełnie bezwzględna, jak w przypadkach włóknikowego zapalenia płuc. Niekiedy wynosiła odsetkowa ilość neutrochłonnych leukocytów nie wiele więcej, niż w stanach prawidłowych.

W przypadkach, przebiegających niepomyślnie, bywały zupełnie takie same zmiany tylko w okresie początkowym. W późniejszym okresie, zwłaszcza ku końcowi sprawy, wykazywały badania wyraźne zmniejszanie się ilości ciałek białych, głównie na koszt leukocytów neutrochłonnych. Dochodziło nawet do tego, że ilość limfocytów sięgała wcale znacznie ponad prawidłową granicę. Przydarzało się to zwłaszcza w przypadkach nacechowanych posocznicowatym przebiegiem.

Współudział opłucnej w sprawie zapalnej objawiał się obfitszem pojawianiem się monocytów czyli ciałek białych przechodnich i wielkich leukocytów jednojądrzastych.

Podobnie, jak w każdej prawie cięższej i dłużej trwającej chorobie zakaźnej, nie brak także w przebiegu grypy, w szczególności w przebiegu grypowego zapalenia płuc, mniej lub więcej znacznych z a b u r z e ń w z a k r e s i e n a r z ą d u p o k a r m o w e g o. Szereg ich rozpoczynają zmiany, dotyczące błony śluzowej jamy ust.

Do zjawisk wcale pospolitych należy rozpulchnienie dziąseł, u chorych źle pielęgnowanych sadzowaty osad, pokrywający obsadę zębów. Niekiedy widywaliśmy małe krwawienia z dziąseł. Bardzo cechujące wejrzenie przedstawia podniebienie i tylna ściana gardła. Niemal w każdym przypadku dostrzedz tu można porozszerzane drobne naczynia, snujące się gęstą siecią po powierzchni błony śluzowej; u wielu chorych nadto punktowate, wyjątkowo większe wybroczynki. Rzadziej, ale bynajmniej nie rzadko widywaliśmy zapalenie gardła ze znacznym obrzękiem i silnem zaczerwienieniem błony śluzowej, z powiększeniem i z bolesnością migdałków. Taki obraz spostrzegano u 30 chorych, a więc w 25·42%. W jednym z tych przypadków znajdował się na migdałku nalot błoniczy, w drugim stwierdzono zapalenie mieszkowe.

Niemniej wyraźne objawy nieżytowego zapalenia okazuje język. Z wyjątkiem zakażeń, przebiegających pod łagodną postacią, można było zawsze zresztą stwierdzić, że język jest nieco obrzękły, pojemniejszy, często suchy, obłożony brudnym sadzowatym okładem. Nierzadko widywaliśmy powierzchnię malinowatą, albo raczej, przy powszechnej sinicy, podobną z wejrzenia do niezupełnie dojrzałych ostrężyn.

Nieżytowe zmiany w gardle bywały niekiedy tak znaczne, że sprowadzały u niektórych, bardziej wrażliwych chorych dławienie i pobudzenie do wymiotów. Poza tem zdarzały się przypadki, w których źródłem wymiotów były zmiany w samym żołądku. Naliczyliśmy ich 7 = 5·93%. W trzech z nich stwierdzono parę razy w wymiocinach znaczniejszą przymieszkę krwi, której pochodzenie rozjaśniło badanie pośmiertne, wykazując rozległe wybroczyny w błonie śluzowej żołądka.

Znacznie częściej przydarzały się powikłania z ostrym nieżytem jelit. Cechujące je bole w brzuchu i biegunki ze stolcami, zawierającymi śluz, niekiedy z domieszką krwi, stwierdzono u 17 chorych, czyli 14·40%. W jednym z tych przypadków sprawiały stolce wrażenie wypróżnień czerwonkowych.

Zaburzenia ze strony narządu pokarmowego nadawały chorobie odrębne do pewnego stopnia piętno, stwarzały obrazy znanych z dawniejszych opisów żołądkowo-jelitowych postaci grypy. W naszych spostrzeżeniach miały one dla przebiegu choroby tem większe znaczenie, że łączyły się z ciężkiem już jako takie powikłaniem, z zapaleniem płuc. Nie dziw wobec tego, że wszystkie te przypadki zakończyły się śmiercią chorych.

Już te szczegóły z symptomatologii grypy, powikłanej zapaleniem płuc, o których mówiliśmy dotychczas, składają się na obraz ciężkiej choroby. Wrażenie potęgują jeszcze bardziej objawy ze strony u k ł a d u n e r w o w e g o. O jednym z nich, o bólach głowy, uczyniliśmy wzmiankę na wstępie naszego sprawozdania. Z wyjątkiem bardzo nielicznych lekkich przypadków, wszędzie zresztą słyszeliśmy skargi w tym kierunku. U niektórych chorych stanowiły bole głowy jeśli nie najprzykrzejszy, to w każdym razie jeden z najbardziej przykrych objawów, zwłaszcza wtedy, gdy miały cechy nerwobólów. Powtarzające się szarpanie w czaszce, połączone z uczuciem tętnienia i próżni w mózgu, oraz z zupełnem osłabieniem władz umysłowych, sta-

wało się wprost torturą, zwłaszcza dla chorych inteligentnych. Nieznośną była przytem przeczulica słuchowa i wielka wrażliwość na światło.

Dalszym wyrazem zmian w ośrodkowym układzie nerwowym były zamroczenia przytomności, potęgujące się aż do zupełnej jej utraty. Że nie brakowało przytem różnego rodzaju majaczeń, zwidywań, gwałtownych zrywań się z łóżka i innych t. p. objawów nieprzytomności, jest samo przez się zrozumiałe.

Za miarę częstości zaburzeń, o których mówimy, służyć może liczba 86 przypadków, w których je zauważono. Oznacza to 72·88%. Z tak wysoką odsetkową liczbą spotkać się można zaledwo podczas ciężkich epidemii nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych, duru osutkowego lub — i to bardzo wyjątkowo — duru brzusznego.

Parę uwag poświęcić jeszcze trzeba g o r ą c z c e, towarzyszącej grypowemu zapaleniu płuc. Odłożyliśmy je na koniec, aby w związku ze spostrzeżeniami o przebiegu ciepłoty zdać sprawę także o trwaniu i zejściu choroby.

W pierwszym rzędzie obchodzi nas typ gorączki. Przypomina on w zasadzie typ, cechujący włóknikowe zapalenie płuc. A więc i tu także, zwykle po dreszczu, wznosi się ciepłota szybko w górę i osiąga bardzo rychło znaczną wysokość. Gorączka między 40 i 41° C. należy do zjawisk zupełnie pospolitych. W dalszym ciągu choroby występują tylko małe wahania. Amplituda ich nie wynosi zazwyczaj więcej jak 1° C. Typ zwalniający, z wahaniami przekraczającemi 1° C. zdarza się rzadko. Gorączki przepuszczającej nie spostrzegaliśmy w przypadkach, kończących się pomyślnie, ani razu w czasie największego nasilenia sprawy zapalnej. Widywaliśmy ją dopiero pod koniec choroby w czasie wolnego, przez parę dni trwającego opadania gorączki, i to prawie zawsze z towarzyszeniem powtarzających się, mniej lub więcej obfitych potów. Wyraźnie przepuszczający, a przynajmniej silnie zwalniający tor gorączki cechował powikłania zapalenia płuc z ropnem zapaleniem opłucnej.

Okres gorączki bywał rozmaicie długi, trwał najmniej kilkanaście dni, niekiedy przeciągał się do paru, a nawet kilku tygodni. I tak trwała gorączka u chorych, którzy wyzdrowieli:

w	8	przypadkach	od 12—15	dni
»	16	»	» 16—20	»
»	14	»	» 21—25	»
»	9	»	» 26—30	»
»	1	przypadku	» 43	»
»	1	»	» 48	»
»	2	przypadkach	po 54	»

Nadmiernie długie trwanie gorączki zależało zawsze od tworzenia się coraz to nowych ognisk zapalnych lub od wikłającego zapalenia opłucnej przyrody ropnej.

Powrót ciepłoty do stanu prawidłowego nie oznacza jeszcze bynajmniej sam przez się końca choroby i zupełnego wyzdrowienia. Zmiany w płucach ustępują zazwyczaj bardzo powoli, w każdym razie znacznie wolniej, aniżeli się to dziać zwykło po krytycznem opadnięciu ciepłoty w zapaleniu płuc krupowem. U niektórych chorych, względnie ozdrowieńców, utrzymują się resztki zapalenia niezwykle nawet długo. Niekiedy rozwija się włókniste zwyrodnienie płuca lub przewlekłe zapalenie miąższowe.

W przypadkach, kończących się śmiercią chorych, miewa ciepłota również cechy gorączki stałej, lekko zwalniającej (continua-remittens). Tor jej zmienia się dopiero z chwilą, gdy tkanka płucna ulegnie martwicy i rozpadowi. Zjawia się wtedy tor wybitnie zwalniający lub wprost przepuszczający, właściwy stanowi ropnemu. Nierzadko nastaje wtedy złowróżbne obniżanie się ciepłoty wśród rozpływnych, zimnych potów — objawy, spotykane niemal stale w ostatnich dniach życia chorych, umierających w późniejszym okresie choroby.

Śmierć w zapaleniu płuc grypowem przychodzi zresztą w rozmaitych okresach sprawy. Niektórzy chorzy giną już po paru dniach, inni po znacznie dłuższym czasie. Wspominaliśmy już o paru chorych, którzy zmarli w 3. dniu choroby. Przytaczanie szczegółowych dat o terminie śmierci wszystkich naszych chorych, zmarłych na zapalenie płuc, wydaje mi się zupełnie zbyteczne.

Zaznaczyliśmy już na wstępie, że przeważna część naszego materyału grypowego pochodziła z tego okresu czasu, w którym epidemia odznaczała się niezwykle wielką złośliwością. Wyrazem tej zjadliwości była nietylko uderzająco wielka liczba chorych z zapaleniem płuc, ale także wielka wśród nich ś m i e r t e l n o ś ć. Z pośród 118 takich chorych zmarło 63. Oznacza to więcej niż połowę, dokładnie 53·39%.

(Dokończenie nastąpi).

W sprawie wydawnictwa »Przeglądu lekarskiego«.

Wszystkie wydawnictwa polskie, zwłaszcza naukowe, stanęły w r. b. przed olbrzymiemi i ciągle jeszcze rosnącemi trudnościami. Drożyzna druku i papieru zmusza wiele czasopism do zamknięcia wydawnictwa lub znacznego zmniejszenia przy równoczesnem wielokrotnem podniesieniu ceny.

»Przegląd lekarski« z największym tylko wysiłkiem trudności te dotąd pokonywał, i to jedynie dzięki wielkiej ofiarności kolegów i jednorazowemu zasiłkowi rządowemu, który otrzymały wszystkie polskie czasopisma lekarskie. Mimo to niepodobna było ani uniknąć tak znacznej redukcyi wydawnictwa, że udaremniała mu ona należyte spełnianie zadania, ani zapewnić »Przeglądowi« trwałych warunków istnienia.

Wobec grożącego upadku postanowiło Towarzystwo lekarskie krakowskie, po wyczerpujących rozprawach w komisyach i na dwu posiedzeniach plenarnych, wszelkiemi siłami podtrzymać »Przegląd lekarski«, a zarazem starać się tak go zreformować, żeby lepiej spełniał swe zadania, niż w roku ubiegłym. Jedyną pozostałą jeszcze drogą dla podtrzymania naszego pisma było podniesienie wkładek członków Towarzystwa, ponieważ w e d ł u g s t a t u t u k a ż d y c z ł o n e k T o w a r z y s t w a m u s i p o b i e r a ć c z a s o p i s m a Towarzystwa, a Towarzystwo musi za każdego członka pokrywać koszta tych wydawnictw. Dla ulepszenia zaś treści i formy »Przeglądu lekarskiego« wzmocniono komisyę redakcyjną pięciu jeszcze członkami.

W r. 1920 ma »Przegląd lekarski« wychodzić raz na miesiąc (w połowie miesiąca), naprzemian z »Tygodnikiem lekarskim lwowskim«, wychodzącym również raz na miesiąc, tak że członkowie Towarzystwa lekarzy galicyjskich, krakowskiego i lwowskiego otrzymywać będą co dwa tygodnie raz »Przegląd«, drugi raz »Tygodnik«. Przez przeobrażenie w miesięczniki zyskują oba pisma możność lepszego rozwinięcia strony redakcyjnej.

Czasopiśmiennictwo polskie musi przetrwać teraźniejsze przesilenie, jeżeli cała przyszłość medycyny polskiej nie ma ponieść wielkich szkód. Dlatego ufamy głęboko, że czytelnicy naszych czasopism, a w pierwszym rzędzie członkowie Małopolskich Towarzystw lekarskich, nie cofną się przed znacznemi nawet ofiarami, aby tylko dopomódz swym czasopismom do doczekania pomyślniejszych warunków bytu i rozwoju.

Zarząd Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i Komisya redakcyjna »Przeglądu lekarskiego«.

Wiadomości bieżące.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie wybrało na posiedzeniu w d. 17. XII. 1919 następujący zarząd na r. 1920: Prezes prof. Dr Rosner, wiceprezes prym. Dr Kostrzewski, sekretarz stały (do końca kadencyi t. j. na rok) doc. Dr Zubrzycki, sekretarz doroczny Dr Szymanowicz, skarbnik (na 3 lata) ponownie Dr Ackerman, gospodarz domu (na 3 lata) ponownie doc. Dr Seńkowski. Bibliotekarz pozostaje w urzędzie do końca r. 1920 redaktor i addministrator »Przeglądu lekarskiego« pozostają w urzędzie do końca r. 1921. Do komisyi redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego« zostali wybrani: Prof. Dr Browicz, doc. Dr Bujak, Dr Blassberg, Dr Glassner, prof. Dr Horoszkiewicz, prof. Dr Majewski, Dr Markowa, prof. Dr Piltz, prof. Dr Rutkowski, doc. Dr Walter. Delegacye do Towarzystwa lekarzy galicyjskich wybrano w składzie dotychczasowym.

— W Warszawie zaczęło wychodzić czasopismo »Czerwony Krzyż«, jako organ Polskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża, a pod redakcyą Dr Józefa Zawadzkiego.

— Dr Józef Pawiński z Warszawy został wybrany członkiem Akademii lekarskiej w Paryżu. (Gaz. lek. 43).

— W kwietniu b. r. powstało we Włocławku Stowarzy-

szenie lekarzy kujawskich pod przewodnictwem Dr Sawickiego. (Gaz. lek. 43).

— Z chorób zakaźnych stwierdzono w Łodzi od 7. do 13. XII. przypadków duru plamistego 23 († 3), brzusznego 22 († 5), powrotnego 3, czerwonki 4 († 3), płonicy 21 († 3), błonicy 3; z gruźlicy zmarło 25. Dyrektor Okr. Urz. zdr. Dr Skalski.

— W Lublinie stwierdzono w październiku 1919 przypadków duru brzusznego 27 († 1), plamistego 37 († 3), powrotnego 15, ospy 2 († 1), czerwonki 16 († 2), płonicy 8 († 2), błonicy 2. Chorych na dur plamisty było w r. 1916 — 1802 († 7·22%), w r. 1917 — 232 († 7·53%), w r. 1918 — 592 († 8·05%), a przez 10 miesięcy 1919 — 1335 († 10·98%).

Naczelny lekarz m.: Dr W. Garbaczewski.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 52. Kraków, 27. grudnia 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·—, półrocznie 30·—, kwartalnie K 15·—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: Redaktor główny. Członkowie: Dr W. Damski, prezes Tow. lek. krak.; dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi: dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVIII. Kraków, 27. grudnia 1919. Nr. 52

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KROLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Ze spostrzeżeń klinicznych o grypowem zapaleniu płuc w czasie epidemii grypy w r. 1918/19.

Podał

Prof. Dr L. Korczyński.

(Dokończenie).

Rozpatrzywszy się wśród tego żniwa śmierci, uważamy za właściwe sprostować nieco rozpowszechnione, nawet wśród lekarzy mniemanie, jakoby chorobie ulegali jeśli nie wyłącznie, to jednak przeważnie tylko ludzie, stojący w kwiecie wieku. Nie godzi się to ze spostrzeżeniami, które poczyniliśmy na tutejszym naszym materyale. Młodzi chorzy marli liczniej, bo liczniej zapadali na grypę. Śmiertelność odsetkowa była jednak wśród nich mniejsza i to wcale znacznie, aniżeli wśród ludzi dojrzałych i starszych, oraz wśród dzieci i dorastającej młodzieży. Ogólna zasada, że śmiertelność w chorobach zakaźnych zależy »ceteris paribus« od ogólnego zasobu sił życiowych, od zupełnej sprawności należycie już rozwiniętego serca i nienaruszonych naczyń, posiada i tu także zupełne uzasadnienie.

Drugi szczegół, który zwrócić musi uwagę, to większa śmiertelność wśród mężczyzn, aniżeli wśród kobiet. Różnicę tę nie trudno, jak sądzę, wytłomaczyć. Wielu z tych chorych nabawiło się grypy w warunkach możliwie najgorszych, w czasi powrotu z pola walk, z obozów internowanych, z licznych kryjówek zbiegów wojskowych i t. d. Z chorobą już odbywać musieli ci ludzie uciążliwe podróże, często szli pieszo wśród chłodów i deszczów jesiennych. Nic dziwnego, że ulegali jej tak łatwo.

Dokładne daty, objaśniające liczbami to, o czem mówiliśmy w tej chwili, zawiera zamieszczone poniżej zestawienie. (Zob. Tabl. VI).

Największa okresowa śmiertelność wśród naszych chorych (por. Tabl. VII) schodzi się z największem rozszerzeniem się epidemii. Szczyt jej przypada na listopad. Wielka odsetkowa liczba śmiertelnych przypadków w lutym była raczej rzeczą przypadku Sierpień nie może być zupełnie brany w rachubę. Niewielką różnicę wykazują obliczenia wrześniowe w porównaniu z listopadowemi. Tembardziej zwraca uwagę znacznie mniejsza śmiertelność w październiku i wymaga wytłomaczenia. Spadek śmiertelności stał wtedy niewątpliwie w związku z l e c z e n i e m zapomocą surowicy paciorkowcowej, której mały zapas powiodło się nam uzyskać. Starczył on dla 18 chorych. Wyzdrowiało z pośród nich 12, czyli 66·66%, zmarło 6, czyli 33·33%. Z 17 chorych, którym surowicy nie wstrzykiwano, wyzdrowiało 7 czyli 36·84%, zmarło 12, czyli 63·16%. Liczby mówią tu same za siebie. Mają one tem większe znaczenie dla ocenienia dodatniego wpływu surowicy na przebieg choroby, skoro uwzględnimy, że do wstrzykiwań jej uciekaliśmy się tylko w przypadkach istotnie ciężkich, stojących czasem wprost u wrót śmierci.

TABLICA VI.

Wiek chorych:	1—10 lat	10—20 lat	20—30 lat	30—40 lat	40—50 lat	50—60 lat i wyżej	Mężczyzn	Kobiet	Suma
Zachorowało na zapalenie płuc	12	30	43	18	8	7	67	51	118
Zmarło	6	16	20	7	7	4	39	24	63
% śmiertelności	50·00	63·33	46·51	38·88	87·50	57·14	58·20	47·05	53·39

TABLICA VII.

Rok	1918						1919				Suma
Miesiąc	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	
Ilość przyp. zapalenia płuc	—	1	6	37	35	25	6	5	3	—	118
Z tego zmarło chorych	—	1	4	18	25	10	—	4	1	—	63
Śmiertelność w %	—	100·00	66·66	48·64	71·41	40·00	—	80·00	33·33	—	53·39

Jestem osobiście raczej sceptykiem, gdy chodzi o sądzenie skutków działania niewypróbowanych jeszcze leków. W tym przypadku sceptycyzm nie byłby jednak na miejscu. Toteż gdyby znów nam przyszło stanąć do walki z grypą, występującą w podobnie właściwej postaci, jak to było w jesieni 1918 r., z głębokiego przekonania i bardzo gorąco polecić mogę, stosowane na oddziale i w dość licznych przypadkach w praktyce prywatnej leczenie surowicą. Skutek jego jest tem pewniejszy, im wcześniej wykonuje się wstrzyknięcie. Nie należy przytem zadawalniać się małemi dawkami. Nasi chorzy otrzymywali najmniej 80 cm^3, niektórzy nawet dwa razy tyle, w 2 lub 3 dawkach. Wstrzykiwania śródmięśniowe zasługują na bezwzględne pierwszeństwo przed podskórnemi. W przypadkach rozpaczliwych uciec się jeszcze można do wstrzykiwań śródżylnych.

Gdy mowa o leczeniu ciężkich przypadków grypy, nie będzie od rzeczy nadmienić, że stosując polecane przez niektórych lekarzy, zwłaszcza szwajcarskich, wstrzykiwania salwarsanu, później sublimatu, spotykaliśmy się zawsze z zawodem. Nie widzieliśmy po nich najmniejszego wpływu na przebieg zakażenia.

Sprawozdanie nasze byłoby niezupełne, gdybyśmy w niem pominęli obrazy sekcyjne. Nie naszą rzeczą mówić o nich szczegółowo, ale szkic ogólny nie będzie może zupełnie nie pożądany, chociażby dlatego, że chodzi tu o obcy, pozakrajowy materyał, a więc i o sposobność do porównania z materyałem, zgromadzonym na naszych ziemiach.

Zmiany anatomiczne, spotykane przy sekcyach zwłok chorych, zmarłych na grypowe zapalenie płuc, składają się na obraz ciężkiego zakażenia. W zakresie narządu oddechowego widać już w tchawicy nader znaczne przekrwienie błony śluzowej, a poza tem prawie zawsze gęsto rozrzucone ogniska wybroczynowe. Z podobnemi zmianami, jakkolwiek znacznie rzadziej, spotkać się można także w obrębie głównych oskrzeli. Oskrzela małego kalibru są często wyraźnie rozszerzone. W otoczeniu ich przydarzają się nierzadko zmiany zapalne (peribronchitis). Światło średnich i drobnych oskrzeli wypełnia mniej lub więcej szczelnie ropiasta wydzielina; niekiedy tkwią w nich skrzepy włóknika, które po wyjęciu przedstawiają się jako typowe drzewkowate odlewy oskrzeli.

Zmiany w samej tkance płucnej sprawiają wrażenie zupełnej mozajki. Sprawa zapalna nie rozwija się odrazu na większym obszarze, lecz postępuje stopniowo, obejmuje kolejno grupy zrazików. To też nawet tam, gdzie są zajęte całe płaty, dostrzedz jeszcze można niemal zawsze ogniska nietkniętej prawie tkanki płucnej. W częściach, objętych zapaleniem, nie trudno rozróżnić rozmaite okresy zmian. Obok zupełnie jeszcze świeżych ognisk, widać starsze, dotknięte już martwicą i jeszcze dawniejsze w stanie zupełnego rozpadu. Rozpad wiedzie do powstawania jam, których w starszych przypadkach nigdy prawie nie brakuje. W płucach zwłok jednej z naszych chorych utworzyła się ze zlania kilku mniejszych jama wielkości pięści. Poza tem spotkać można typowe ropnie, usadowione zwykle na samej powierzchni płuca, tuż pod opłucną.

Na opłucnej znajdują się prawie zawsze naloty wypociny włóknikowej, niekiedy zupełnie wiotkie, innym razem grube i zbite, zlepione bardzo silnie z opłucną. W 5 z naszych sekcyjnych przypadków był wysięk, z tego 3 razy surowiczy, 2 razy ropny. Wspomnieliśmy o tem już wyżej, mówiąc o wikłającem zapalenie płuc, zapaleniu opłucnej. Obok nalotów znajdują się nierzadko wybroczyny, niekiedy bardzo gęsto rozsiane.

Z wybroczynami spotykaliśmy się także na osierdziu; serce jest zazwyczaj wcale znacznie rozszerzone. Mięsień sercowy miewa cechy wybitnego zwyrodnienia miąższowego. Takie samo zwyrodnienie okazują zresztą wszystkie narządy miąższowe.

O zachowaniu się śledziony wspominaliśmy już w jednym z poprzednich ustępów.

W dość licznych przypadkach znajdowały się zmiany w narządzie pokarmowym, zazwyczaj w postaci mniej lub więcej licznych wybroczyn i przekrwienia błony śluzowej żołądka i jelit. W przypadkach, w których za życia istniały objawy ostrego nieżytu jelit, znajdowano zmiany, cechujące nieżyty mieszkowe (enteritis follicularis).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXI. Posiedzenie z dnia 5. lipca 1918 r.

Przewodniczący kol. Hornowski. Obecnych 13 członków

I. Kol. Barącz przedstawia 30-letnią kobietę, dotkniętą **różycą** (erysipeloid) palca małego ręki prawej od 3 dni. Charakterystyczny naciek sięga do nasady III członka palca, jest ostro odgraniczony i sprawia silne pieczenie. Chorobę tę opisał naprzód Rosenbach w r. 1884 i nazwał ją najpierw »erysipelas chronicum» »erythema migrans«, później »erysipeloid«. Choroba jest dość rzadka; kol. B. spostrzegał 4 przypadki, Cordra miał obserwować aż 127 przypadków, Felsenthal tylko 4 przypadki. Choroba występuje zazwyczaj u osób, mających do czynienia z surowem mięsem w okresie gnicia, jak u kucharek, rzeźników, garbarzy, sprzedawaczy ryb, śledzi, sera i. t. p. Zazwyczaj poprzedza nieznaczne zranienie palca. Wylęganie choroby trwa od 36 godzin do 3 dni, poczem występuje na palcu charakterystyczny naciek ciemno lub sino czerwony, ostro odgraniczony, jak przy róży, powoli przechodzący na grzbiet ręki

Chorzy zwykle nie gorączkują. Tavel twierdzi, że przy tej chorobie naciek nie ogranicza się tylko do skóry i tkanki podskórnej, ale że sadowi się także w pochewkach ścięgnistych i torebkach stawowych palca. Jedynie Tavel spostrzegał prócz takich lekkich i cięższe przypadki tej choroby powikłane zapaleniem naczyń chłonnych i gruczołów pachowych, przyczem ciepłota ciała miała dochodzić do 39·5°. Kol. B. i inni takich przypadków nie spostrzegali, prawdopodobnie chodziło w tych przypadkach o powikłanie zakażeniem gnilnem. Etyologia różycy jest jeszcze niewyjaśnioną. Rosenbach miał wyhodować mikroby nitkowate, Cordra a później Felsenthal wyhodowali gronkowce; w preperatach histologicznych jednak nie udało się wykazać mikrobów (Delbanco). Leczniczo okazało się najlepszem unieruchomienie palca względnie ręki i stosowanie maści ichtyolowej (Autoreferat).

W dyskusyi zabrał głos kol. Lenartowicz, podnosząc rzadkość przypadków różycy (erysipeloidu) i omawiając etoylogię tego cierpienia.

II. Kol. Gawiński przedstawia przypadek **tężyczki** i opisuje jego przebieg.

W dyskusyi Kol. Lenartowicz mówi o zmianach na rękach i paznokciach przy tężyczce.

III. Kol. Nowicki przedstawia szereg preparatów anatomicznych: 1) Przypadek rozpoznany klinicznie jako »lymphogranulomatosis maligna«, a który na sekcyi okazał się »lymphosarcoma«. Prelegent zastanawia się nad punktem wyjścia tego mięska. 2) Przypadek olbrzymiego **raka pęcherza moczowego** z przerzutami w płucach i opłucnej. 3) Przypadek wątroby 20-letniego żołnierza wagi 5600 gram., z licznymi guzami, które okazały się gruczolakami wątroby. 4) **Torbiel jajnika** znalezioną u dziecka 1-miesięcznego. 5) Początkowy **rak przełyku**.

XXII. Posiedzenie naukowe z dnia 27. września 1918 r.

Przewodniczący Prof. Hornowski, protokółuje kol. Demianowski. Obecnych 64 członków.

I. Prez. Prof. Hornowski poświęca słowa wspomnienia ś. p. Prof. Raczyńskiemu, których obecni wysłuchali stojąc.

II. Kol. Feuerstein przedstawia **nawracające porażenie nerwu twarzowego**.

W dyskusyi zabierał głos kol. Domaszewicz.

III. Kol. Rothfeld przedstawia 2 przypadki: 1) **Ognisko w przednich wzgórkach czworaczych**. 2) Rozsiane **stwardnienie mózgu i rdzenia** powikłane histerycznem porażeniem kończyn dolnych.

W dyskusyi doc. Orzechowski, co do przypadku pierwszego zgadza się z lokalizacyą kol. Rotfelda, a co do tła to przypuszcza, »polioencephalitis« Wernickego na tle alkoholizmu lub zatrucia złem mięsem. Nadto przemawiał w dyskusyi kol. Feuerstein.

Kol. Franke wygłasza odczyt: **O obecnej epidemii grypy hiszpańskiej ze stanowiska klinicznego.**

XXIII. Posiedzenie naukowe z dnia 4. października 1918 r.

Przewodniczący kol. Hornowski Obecnych 67 członków

I. Prof. Rencki wygłasza odczyt: **Hiszpańska grypa** (z O. W. II. Szpitala powszechnego we Lwowie).

II Prof. Nowicki omawia **zmiany anatomopatologiczne w grypie hiszpańskiej.**

XXIV. Posiedzenie naukowe z dnia 11. października 1918 r.

Przewodniczący kol. Prof. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych 54 członków.

I. Kol. Prof. Cieszyński przedstawia przypadek **złamania żuchwy** skutkiem uderzenia szczęką o własne kolano.

W dyskusyi zabierał głos prof. Gluziński.

II. Dyskusya nad odczytami wygłoszonymi na poprzedniem posiedzeniu w sprawie **grypy hiszpańskiej**. Zabierali głos: Kol. Prof. Gluziński, kol. Pisek, kol. Prof. Janusz, kol. Prof. Wiczkowski, kol. Prof. Hornowski, kol. Prof Sołowij, kol. Prof. Rencki, kol. Prof. Sieradzki, kol. Prof. Nowicki, Prof. Kwiatkiewicz, kol. Prof. Hornowski. Kol. Serbeński wniósł, by Towarzystwo lekarskie wypowiedziało swoje zdanie w sprawie zamknięcia szkół z powodu epidemii grypy. Kol. Mikołajski ze względu na statystykę proponuje rozesłanie do lekarzy lwowskich kwestyonaryusza w sprawie grypy hiszpańskiej. Kol. Prof. Sieradzki proponuje, aby zredagowaniem kwestyonaryusza zajęli się kol. Prof. Rencki i kol. Prof. Nowicki. Dyskusyę nad sprawą zamknięcia szkół odroczono z powodu spóźnionej pory do następnego posiedzenia.

XXV. Posiedzenie naukowe z dnia 18. października 1918 r.

Przewodniczący kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych członków 27.

I. Kol. przewodniczący zaznacza, że wniosek kol. Serbeńskiego, postawiony na poprzedniem posiedzeniu, z powodu zamknięcia szkół już dokonanego częściowo stał się nieaktualny.

W dyskusyi przemawiali koledzy Sieradzki, Kohlberger, Serbeński, Hornowski. Wniosek nie poszedł pod głosowanie.

II. Kol. Prof. Nowicki przedstawił i omówił preparaty anatomo-patologiczne.

W dyskusyi przemawiali kol. Ostrowski, Rencki i Hornowski.

III. Kol. Zagórski wygłosił odczyt: **Wojna a choroby umysłowe.**

W dyskusyi przemawiali koledzy Sieradzki, Halban i Demianowski.

XXVI. Posiedzenie naukowe z dnia 25. października 1918 r.

Przewodniczący kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych członków 18.

Kol. Demianowski w odczycie zatytułowanym »**Mechanizm**

psychologiczny omamów zmysłowych«, przedstawił szereg teoryi i poglądów na istotę i mechanizm omamów zmysłowych.

Posiedzenie naukowe z dnia 6. maja 1919 r.

Przewodniczący kol. Trzcieniecki, protokołuje kol. Schusterówna.

1) Przewodniczący zawiadamia członków o wysłaniu kondolencyjnego telegramu uniwersytetowi krakowskiemu z powodu śmierci Prof. Cybulskiego, oraz o wysłaniu telegramu do Poznania z okazyi otwarcia tamtejszego Uniwersytetu.

2) Kol. Zalęwski przedstawia:

a) Przypadek **uszkodzenia zatoki czołowej** prawej **kulą** karabinową. W przypadku tym uszkodzony został także płat czołowy prawy mózgu. Przy operacyi okazała się konieczność usunięcia prawie całej wewnętrznej ściany zatoki.

b) Przypadek **posocznicy po przestrzale ucha**, w którym wykonał **operacyę** z podwiązaniem żyły szyjnej wewnętrznej i otwarciem zatoki żylnej poprzecznej.

3) Kol. Rencki omawia przypadek **węgarka jelitowego** (anguilluta intestinalis) i omawia morfologię i biologię pasorzyta, który występuje pod dwoma postaciami: a) postać obojnacza, pasorzytująca w jelicie i b) postać płciowa wytwarzająca się poza ustrojem z postaci zarodkonych, spotykanych tylko w kale. Parorzyty wywłują często uformowanie biegunki nawet pod obrazem czerwonki (kurław) i wywołują objawy znacznej niedokrwistości.

K. Dz. l. 22 stale we Lwowie zamieszkała. Przybyła z powodu tego, że od 2 miesięcy nie miesiączkuje; od 6 miesięcy cierpi na biegunki oraz na bóle brzucha, w ostatnich tygodniach znaczne osłabienie, pobladła, a od 3 dni zauważyła obrzęk na kończynach dolnych; warunki odżywienia były nienajgorsze. Stan obecny. Znaczna bladość skóry i błon śluzowych, obrzęk znaczny na twarzy, tułowiu, kończynach dolnych i górnych; gruczoły na szyi nieco powiększone, zgęszczenie szczytu prawego płuca. Tony serca częste, t. 96; wątroba, śledziona niepowiększone. Krew c. oz. 3.100.000, c. b. 84000, hb. 5%, i: 0·8, neuth. 4%, l 11%, mon. 8%, t. 1%, eozyn. 6%. Mocz bez białka, osad bez zmian; w stolcach półpłynnych obfite ilości śluzu i bardzo liczne okazy żywo ruchomego węgarka jelitowego. R. odnosi cały obraz chorobowy, który przypominał obrzęk głodowy lub obrzęk pochodzenia nerkowego, do uporczywych biegunek, wywoływanych obecnością węgorka. Wśród podawania przez kilka tygodni salolu zmniejszyły się rozwolnienia, stan ogólny zaczął się poprawiać obrzęki ustąpiły, w stolcu zmniejszyła się ilość pasorzytów. Ponieważ jednak po zaprzestaniu podawania salolu pasorzyty znowu się pojawiają, postanowiono celem zupełnego ich usunięcia zastosować glicerynę polecaną przez Petriego. Autor ten otrzymywał wyleczenia po podaniu 50 gr. czystej gliceryny wewnętrznie, a w 3 godziny później stosowanie 30 gr. gliceryny w lewatywie; leczenie to powtarza trzykrotnie, w odstępach 2—3 dniowych.

4) Kol. Papée zdaje sprawę ze zjazdu delegatów izb i towarzystw lekarskich, odbytego d. 26—28 br. w Warszawie. (Sprawozdanie z tego zjazdu było w swoim czasie w Przeglądzie lek. podane). — W dyskusyi zabierali głos kol. Kolberger, Nowicki i Zgórski.

Dr. Helena Schusterówna, sekretarka.

Posiedzenie naukowe z dnia 30. maja 1919 r.

Przewodniczący kol. Trzciniecki, protokołuje kol. Schusterówna.

I) Kol. Prof. Nowicki omawia i przedstawia preparaty

1) **Wrodzona wada serca** u 15-letniej dziewczyny; jest to zwężenie wrodzone ujścia tętnicy płucnej, przepuszczająca z trudnością ołówek, jak zwykle tak i tu towarzyszy mu częściowy brak w przegrodzie międzykomorowej. Przewód Botalla drożny przepuszcza jednak zaledwie włos w swej środkowej części. Jako nader rzadką rzecz należy podnieść przełożenie (transpositi) dużych naczyń, wskutek czego tętnica główna wychodzi z komory prawej, tętnica płucna zaś z lewej. W przypadku tym wykazała sekcya rozległą gruźlicę płuc, w innych narządach objawy zastoju. Zwężenie ujścia jest pochodzenia rozwojowego, natomiast stwierdzone pozrastanie zastawek, zgrubienia i częściowe zwapnienie ich brzegów jest niewątpliwie pochodzenia zapalnego.

2) **Gruźlica mięśnia sercowego** u kobiety 49-letniej która zmarła z powodu ostrego zapalenia otrzewnej na tle zapalnej przepukliny. Zewnętrzna i przednia ściana przedsionka prawego i częściowo komora prawa zajęta jest przez masy serowate, które w postaci guzów mniej więcej wielkości orzecha tureckiego wrastają w ich światło. To nader rzadkie gruźlicze zajęcie serca powstało tu niewątpliwie jako przejście gruźlicy osierdzia na mię-

sień sercowy. Prócz tego sekcya wykazała gruźlicę gruczołów klatki piersiowej i rozsiane gruzełki w innych narządach.

Kol. Prof. Rencki omawia **objawy kliniczne** przedstawionego preparatu wrodzonej wady sercowej 13-letniej A. D., u której przed pół rokiem po przebytej grypie wystąpiły przypadłości ze strony narządu oddechowego, a od 3 tygodni pojawiły się ogólne obrzęki. Rozpoznano gruźlicę płuc i wadę wrodzoną serca, której objawy kliniczne przemawiały za zwężeniem ujścia tętniczego prawego z równoczesnym brakiem przegrody międzykomórkowej. Jedynie bardzo silnie zaostrzony II ton w miejscu osłuchiwania tętnicy płucnej nie zupełnie odpowiadał obrazowi zwężenia t. płucnej, choć w podobnych 2 przypadkach wspomina C. Gerhardt. Tłumaczy go dopiero stwierdzone anatomicznie przemieszczenie naczyń, zaostrzony ton pochodził od osłuchiwania tętnicy głównej.

W drugim przypadku A. Z. l. 56 (gruźlica mięśnia sercowego) objawy ze strony narządu krążenia trwały od 8 miesięcy. Stwierdzono powiększenie wymiaru poprzecznego serca w obu kierunkach I ton nad końcem serca nieczysty, tony bardzo głuche, tętno miarowe 140, obrzęk wątroby, obrzęk kończyn dolnych. W płucach małe zmiany gruźlicze. Rozpoznanio zwyrodnienie i niedomogę mięśnia sercowego. Chora zgłosiła się do szpitala z powodu bolów brzucha i wymiotów, trwających od kilku dni, które były następstwem uwięzłej przepukliny pachwinowej po stronie lewej oraz rozpoczynającego się zapalenia otrzewnej.

W dyskusyi biorą udział kol. Prof. Gluziński, kol. Prof. Franke, kol. Pisek i kol. Prof. Nowicki.

II. Kol. Prof. Dr. Schramm, przedstawia preperat po **wycięciu kiszki ślepej** z powodu gruźliczego przerostu i omawia przyczyny i różne postacie tej sprawy chorobowej jakoteż różnę zabiegi operacyjne w celu wyleczenia tej choroby.

W dyskusyi biorą udział kol. Prof. Gluziński, kol. Pisek, kol. Ruf, kol. Prof. Nowicki.

III. Kol. Prof. Dr Sołowij przedstawia **kleszcze Kiellanda** podane przez autora dla wysokich ustawień główki, tudzież dające się z dobrym skutkiem zastosować przy nieprawidłowych zwrotach główki w próżni i w wychodzie miednicy. Dotychczasowe doświadczenia są zbyt skąpe, by dozwoliły wydać sąd stanowczy, lecz zachęcają do dalszych prób. Przypadek miednicy płaskiej (Cc 18, Cd 11$^1/_2$), gdzie za pomocą kleszczy Kiellanda udało się z łatwością przeprowadzić główkę płodu przez wchód miednicy, jakkolwiek główka była bardzo duża i twarda (duży obwód 38, mały 34$^1/_2$) płód ważył 4500 gr., przemawia bardzo na korzyść tego narzędzia. Płód urodził się wprawdzie omdlały i nie dał się docucić, lecz przyczyną ciężkiego omdlenia było okręcenie krótkiej pępowiny około szyi płodu.

W dyskusyi biorą udział: kol. Dr. Bylicki, Bocheński Grobel, Wątorek.

Posiedzenie naukowe z dnia 13. czerwca 1919 r.

Przewodniczący kol. Prof. Nowicki, protokołuje kol. Schusterówna.

I. Przewodniczący poświęca wspomnienie zmarłemu na dur plamisty kol. Hirschlerowi, którego obecni wysłuchali stojąc.

II. Kol. Prof. Sołowij: **Wyniki cięcia cesarskiego na oddziele położniczo-ginekologicznym w ostatnich 8 latach.** S. daje krótki pogląd na sprawę cięcia cesarskiego w dobie obecnej. Cięcie cesarskie zewnątrz-otrzewne przekonało nas, że rana macicy goi się lepiej w dolnym odcinku macicy, niż w trzonie, który się kurczy w połogu, gdy dolny odcinek macicy pozostaje bierny i spokojny. To spostrzeżenie skłoniło zwolenników cięcia cesarskiego śródotrzewnego do przełożenia rany macicy ile możności nizko na dolny odcinek, względnie na górną część szyjki macicy. Podobnie zatem, jak Franz i Batsch, wykonuje S. od 3 lat cięcie cesarskie śródotrzewne ile możności nizko w dolnym odcinku macicy. Według metody wykonał S. dotychczas 13 cięć cesarskich w dolnym odcinku macicy z dobrym wynikiem dla matek i płodu, jakkolwiek przeważna część rodzących była badana wewnętrznie i przybyła po pęknięciu pęcherza płodowego. W ostatnich 8 latach wykonano na oddziale położniczo-ginekologicznym 75 cięć cesarskich 5 cięć cesarskich śródotrzewnych klasycznych; 13 cięć cesarskich śródotrzewnych w dolnym odcinku macicy; 3 cięcia cesarskie śródotrzewne w połączeniu z odcinkiem nadpochwowem macicy i 6 cięć cesarskich zewnątrzotrzewnych. Jedna operowana zmarła = 1·3%, 2 płody nie dały się docucić 2·6%, S. uważa cięcie cesarskie śródotrzewne za najlepszą metodę operacyjną dla wszystkich przypadków czystych, a nawet wątpliwych, do których zalicza przypadki wewnętrznie badane i takie gdzie już pękł pęcherz płodowy. W przypadkach zaś zakażonych najlepszą metodą operacyjną jest założenie przetoki maciczno-brzusznej Selheima.

W dyskusyi wzięli udział kol. Bocheński i kol. Grebel

Posiedzenie naukowe z dnia 20 czerwca 1919 r.

Przewodniczący kol. Prof. Nowicki, protokołuje kol. Schusterówna.

I. Przewodniczący wita nowo przyjętych do towarzystwa kolegów Tomaszewską, Karowca, Zaorskiego.

II. Kol. Prof. Zalewski przedstawia przypadek **urazozowego bliznowatego zwężenia przewodu usznego.** W przypadku tym istniało przewlekłe ropienie ucha środkowego. Po wykonania operacyi doszczętnej utworzono z blizny zamykającej w postaci błony przewód uszny, płat trójkątny z podstawą u dołu, który wsunięto do przewodu usznego po jego rozcięciu wzdłuż aż do podstawy płatu.

III. Kol. Wiczyński: **O konstytucyi narządów płciowych kobiecych.** (Rzecz podana częściowo w referacie z posiedzenia Tow. lek. szpitala powszechnego we Lwowie d. 26. VI. 1918, częściowo w sprawozdaniu z pracy prof. Rosnera nad tym samym tematem; obecnie uzupełniona tylko dalszymi własnymi wynikami w tej dziedzinie, pokrywającymi się z wynikami prof. Rosnera).

W dyskusyi biorą udział kol. Doc. Orzechowski, kol. Prof. Nowicki, kol. doc. Czyżewicz, kol. Wątorek, kol. Prof. Sołowij, kol. Prof. Cieszyński i prelegent.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Nowy Sącz, dnia 14. grudnia 1919.

L. 4590.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Wydział powiatowy w Nowym Sączu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Muszynie.

Okręg sanitarny w Muszynie obejmuje następujące gminy: Muszyna, Dubno, Leluchów, Andrzejówka, Milik, Złockie, Szczawnik, Jastrzębik, Powroźnik, Wójkowa, Muszynka, Tylicz, Mochnaczka niżna, Mochnaczka wyżna, Słotwiny, Rostoka wielka. Krynica Wieś i Krzyżówka.

Do posady tej przywiązana jest płaca roczna 1.400 kor. i ryczałt na objazdy 800 kor. rocznie, a nadto dodatek do płacy w kwocie 600 kor. rocznie, ze strony gminy Muszyny, która datkiem takim do płacy lekarza okręgowego w Muszynie prawomocnie przyczyniać się zobowiązała pod warunkiem, że lekarz okręgowy spełniać będzie funkcye lekarza gminnego.

Ponadto przysługa lekarzowi okręgowemu — aż do odwołania — prawo do poboru czasowych dodatków drożyźnianych, a to: dodatku do płacy w wysokości 700 kor. rocznie z funduszu powiatowego, — nadzwyczajnego dodatku wojennego po 100 kor. miesięcznie, ustanowionego reskryptem Wydziału krajowego z dn. 22. VIII. 1915 LW. 31131 i 50% dodatku do ryczałtu na objazdy po myśli reskrypta Wydziału krajowego z 28. IX. 1916 LW. 81367.

Posada powyższa połączona jest z prawem do emerytury w granicach postanowień ustawy z 12. V. 1909 Nr 68. Dz. u. kr.

Chcący uzyskać tę posadę mają wykazać prócz dostatecznego fizycznego uzdolnienia, nadto następujące warunki:

1) Obywatelstwo polskie,
2) dyplom doktora medycyny upoważniający do praktyki lekarskiej,
3) nieskazitelny charakter,
4) znajomość języka polskiego,
5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim,
6) nieprzekroczony 40 rok życia.

Miedzy kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego, albo egzaminem fizykackim.

Posada powyższa nadaną zostanie prowizorycznie na jeden rok, a po upływie tego czasu nastąpić może stabilizacya.

Podania wnosić należy do Wydziału powiatowego w Nowym Sączu w nieprzekraczalnym terminie do 31. stycznia 1920. 258

Sekretarz: *Kobak.* w. r.

Prezes Rady powiatowej: *A. Stadnicki,* w. r.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego ogłasza niniejszem

KONKURS

na posadę dyrektora Zakładu Wodoleczniczego w Krynicy.

Z posadą połączone są pobory 2400 koron rocznie, mieszkanie w naturze wraz z unormowanym deputatem oświetlenia i opału. Posada zostanie nadana prowizorycznie na rok jeden poczem może być przedłużona. Ubiegający się o tę posadę winien wykazać się: 1) nieprzekroczonym 40-ym rokiem życia, 2) polskiem obywatelstwem, 3) nieposzlakowanem życiem, 4) dyplomem lekarskim, ważnym w Państwie Polskiem, 5) odbytą praktyką w zakładach hydro-elektro-helioterapeutycznych.

Termin konkursu oznacza Ministerstwo na dzień 30 stycznia 1920 r. 234

UWAGA. Wyjątkowo posada może być nadana kandydatowi, który przekroczył 40 lat życia.

Podania należycie udokumentowane wraz z opisem przebiegu życia i ewentualnemi pracami naukowemi należy wnosić do Ministerstwa Zdrowia Publicznego wydział VIII.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.